WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE

DWUMIESIĘCZNIK WRZESIEŃ—PAŹDZIERNIK

ROK II 1930 NUMER 5

Dr. STILLFRIED LITZNER. Klinika chorób wewnętrznych Uniwersytetu w Halle-Wittenberg.

LOS CHORYCH NERKOWYCH.

(Referat według Med. Klinik 1929, Nr. 43).

Litzner na wniosek *Brugscha* zbadał co się dzieje po upływie dłuższego czasu z chorymi na nerki. Materjał jego spostrzeżeń dotyczy 214 osobników chorych na zapalenie nerek, nadciśnienie samoistne i złośliwą miażdżycę nerek. Chorych na nerczycę w badaniach tych nie uwzględniono. W przypadkach ostrego rozlanego kłębuszkowego zapalenia nerek, którego początek cechuje się wysokiem ciśnieniem tętniczem, powiększeniem serca i zwiększeniem ilości krwi, niebezpieczeństwo zwłaszcza w okresie początkowym choroby polega na ostrem osłabieniu serca z obrzękiem płuc, mocznicy drgawkowej i bezmoczu. Przy właściwem postępowaniu leczniczem można jednak przeważnie uniknąć tych groźnych dla życia objawów. Ze względu na to, że chorzy na ostre zapalenie nerek są obecnie naogół leczeni w prawidłowy sposób, przypadki śmierci w związku z tą chorobą zdarzają się ostatnio coraz rzadziej. Po przeminięciu niebezpiecznych chwil pierwszych kilku dni choroby wchodzą w rachubę dwie możliwości: zupełne wyleczenie lub przejście w okres wtórnej marskiej nerki. Nawet jednak w tym drugim przypadku rokowanie może być stosunkowo pomyślne, gdyż w ciągu wielu jeszcze lat — czasem do 20 — choroba może nie sprawiać większych dolegliwości.

Jednak nawet przy wczesnem i odpowiedniem leczeniu niezawsze udaje się wpłynąć pomyślnie na przebieg ostrego zapalenia nerek; zdarza się również nierzadko, że pomimo spóźnionego i niewłaściwego leczenia jednak następuje wyleczenie. Jeżeli ciśnienie krwi i wielkość serca wracają do normy (t. zn. przy leżeniu w łóżku poniżej 100 mm Hg) to można z wszelkiem prawdopodobieństwem oczekiwać wyleczenia. Jeżeli w chwili wypisania z kliniki stwierdza się jeszcze białkomocz, wałeczki, zmniejszenie zdol-

ności rozcieńczania i stężania moczu, to wyleczenie, jak to w wielu przypadkach mogliśmy spostrzegać, jest jednak możliwe. Nawet w przypadkach, w których wzmożone ciśnienie krwi i powiększenie serca utrzymywały się już w ciągu miesięcy, zejście było jednak pomyślne, gdyż zmiany serca i ciśnienia krwi wracały w przebiegu leczenia do normy. Tak np. u 48 chorych ostry okres przeważnie bardzo ciężkiego ostrego rozlanego kłębuszkowego zapalenia nerek miał miejsce przed 6 — 9 laty, a obecnie zarówno nerki jak i serce okazały się zdrowe. Oczywiście, wyleczenie to nie jest zawsze bez zastrzeżeń trwałe, i pomimo przebiegu początkowo pomyślnego może się po wielu latach rozwinąć wtórna marskość nerek. Według badań *Schlayera* dotyczy to zwłaszcza popłoniczego zapalenia nerek. Czas trwania wyleczenia waha się w obszernych granicach od kilku tygodni do 10 lat. Nawroty zdarzają się nierzadko; 32% przypadków chorych na marską nerkę, którzy byli leczeni na klinice, podawało w wywiadach, że dawno przebyte zapalenie nerek podlegało jedno lub wielokrotnym nawrotom.

Ostre ogniskowe kłębuszkowe zapalenie nerek *(Volhard)* niezawsze ma przebieg łagodny. Z pośród 12 chorych wyleczyło się tylko 9. U pozostałych 3 stwierdzano stale białkomocz, u jednego z nich wytworzyła się w ciągu 9 lat wtórna marskość nerek.

Los chorych na przewlekłe zapalenie nerek zależy od zachowania się krążenia. Jeżeli wielkość serca i ciśnienie krwi są prawidłowe, wówczas rokowanie jest względnie pomyślne. Z pośród 24 przewlekle chorych wyleczyło się z biegiem lat jeszcze 13. U 8 chorych stan po upływie 5 — 6 lat pozostawał bez zmiany, u 3 natomiast stwierdzono przejście w marskość nerek. Wszyscy ci trzej chorzy ulegli poprzednio nawrotowi choroby. Również względnie znośny stan zdrowia stwierdzono u tych chorych, u których, po upływie 8 — 10 lat od okresu ostrego, stwierdzano umiarkowane nadciśnienie i przerost serca. Częstokroć pod rozpoznaniem „przewlekłego zapalenia nerek" rozumie się białkomocz i zmiany w osadzie moczowym, stwierdzane jedynie przypadkowo; w przypadkach takich niezawsze można stwierdzić w wywiadach przebycie uprzednio zapalenia nerek. Jeżeli białkomocz nie okazuje żadnego wpływu na serce i naczynia, wówczas można rokować pomyślnie. W każdym jednak razie pod postacią takiego przewlekłego białkomoczu może się czasem ukrywać postępujące zapalenie nerek. W przypadkach takich dochodzi już w ciągu 1 — 3 lat do powiększenia serca i należy się obawiać wystąpienia niedomogi nerek.

Właściwa przewlekła niedomoga nerek, nie pochodząca bezpośrednio lub pośrednio z ostrego zapalenia nerek, ma zawsze rokowanie niepomyślne. Choroba rozwija się przeważnie w sposób ukryty. Chorzy, którzy przybywali na klinikę już z objawami niedomogi nerek, najpóźniej po 3 miesiącach umierali na mocznicę. Chorzy, u których podczas „okresu utajonego", trwającego 1—1½ roku, wytwarzało się nadciśnienie i powiększenie serca, lecz u których nie można było jeszcze wykazać objawów niedomogi nerek, ginęli

po 2 — 3 latach. Jeżeli nie stwierdza się ani zaburzeń krążenia, ani objawów niedomogi nerek, wówczas można rokować nieco pomyślniej, zwłaszcza u chorych ze znacznemi ogólnemi obrzękami, dużym białkomoczem, jednak bez zaburzeń nerkowych. Chorzy ci po 6 latach utrzymywali się jeszcze przy życiu i znajdowali się w takim samym stanie jak w chwili wypisania. *Litzner* obserwował pewną chorą, u której ciężkie obrzęki i duży białkomocz utrzymywały się w ciągu 8 lat, poczem nastąpił siedmioletni okres bez obrzęków i dopiero po upływie 15 lat chora zmarła. Przeważnie jednak chorzy umierają wcześniej, tak np. w 2 przypadkach po 2 — 4 latach.

W przypadkach wtórnej marskiej nerki, okresie końcowym wszystkich niewyleczonych zapalnych chorób nerek, przebieg jest bardzo szybki. Marska nerka rozwija się przeważnie bardzo podstępnie i wykrywa się ją częstokroć jedynie przypadkowo lub w związku z białkomoczowem zapaleniem siatkówki lub utratą wzroku. Z pośród 28 chorych dotkniętych wtórną marskością nerek 27 zmarło najpóźniej po 2,9 latach; 17 z nich już po 3 miesiącach, 4 po ½ roku, 5 po 12 miesiącach i jeden po 2,9 roku po wypisaniu z kliniki. Jedynie pewien młodzieniec zmarł dopiero po 6 latach. Zatrzymanie związków aromatycznych przemawia za szybką śmiercią. Przy silnie dodatnim odczynie indykanowym i ksantoproteinowym śmierć następuje zwykle w ciągu 6 miesięcy. Stopień zatrzymania mocznika nie można uważać za wskazówkę do stawiania rokowania.

Los chorych na nadciśnienie samoistne ocenia się obecnie naogół dość pomyślnie. Już przed wielu laty *Litzner* donosił o chorych, którzy przez 9 lat czuli się stosunkowo znośnie przy ciśnieniu krwi 220 — 240 mm Hg. Również i przy obecnem badaniu kontrolnem większość tych chorych po upływie 9 lat jeszcze żyła. Z pośród 41 chorych zmarło po 9 latach 18: 9 na osłabienie serca, 7 na udar mózgowy, 2 z innych powodów. Przy rozpoczynającej się niedomodze serca śmierć następuje raczej z osłabienia serca niż wskutek udaru mózgowego. Jeżeli udaje się uniknąć zupełnego niewyrównania krążenia, to można jeszcze przedłużyć życie do 3½ lat. Gdy natomiast występuje całkowite niewyrównanie, rozstrzeń serca i obrzęki, to śmierć następuje najpóźniej w ciągu roku. Krwawienia na dnie oka są zwykle przepowiednią udaru mózgowego. Wszyscy tacy chorzy umierają na apopleksję w ciągu 3 lat. Przejścia w tak zwaną złośliwą marskość nerek nie można było wykazać w sposób niewątpliwy.

Przebieg złośliwej miażdżycy nerek również jest niepomyślny. Z pośród 26 chorych — 24 zmarło po 2 latach, w tem 6 po 3 miesiącach, 7 po pół roku, 5 po roku, 3 po 2 i 3 po 2½ latach. Pytania, czy śmierć następuje podobnie jak i przy wtórnej marskości nerek przedewszystkiem z powodu mocznicy, nie można jeszcze rozstrzygnąć w sposób ostateczny. W każdym razie na 22 przypadki śmierci najczęstszą przyczyną zgonu był udar mózgowy, 3 razy mocznica, 3 razy niedomoga serca i 16 razy apopleksja. W ciężkich przy-

padkach śmierć następuje stosunkowo nagle. Przy złośliwej miażdżycy nerek zejście może nieoczekiwanie nastąpić każdego dnia. W przypadkach znacznej niedomogi serca śmierć następuje w ciągu 6 miesięcy, zaś przy rozpoczynającem się niewyrównaniu mniej więcej o rok później z powodu osłabienia serca.

Dr. FEDERICO CEPPARO, Udine.

O LECZENIU GRUŹLICY PŁUC TRIPHALEM.

(Referat według Progressi di Terapia, 1929, Nr. 3.).

Cepparo stosował preparat złotowy Triphal w przypadkach gruźlicy wszelkiego stopnia. Wobec tego, że spostrzeżenia autora dotyczyły chorych z praktyki prywatnej, dokładna kontrola niezawsze okazywała się możliwą. Ocenę skuteczności leczenia opiera *Cepparo* głównie na wzroście wagi, zmianach stanu ogólnego i miejscowego i badaniach rentgenowskich. Przyrost wagi i poprawę stanu ogólnego oraz samopoczucia chorych osiągnięto w 22 przypadkach średnio-ciężkiej gruźlicy. Stan miejscowy jednak nie zmieniał się. U 16 chorych stwierdzono bardzo znaczny czasem przybytek wagi i poprawę stanu ogólnego oraz samopoczucia, a ponadto również poprawę objawów miejscowych. Wilgotne rzężenia zginęły, rozpoczęło się bliznowacenie bardzo czynnych uprzednio ognisk, obrazy rentgenowskie wykazywały wyjaśnienie. U chorych leczonych sztuczną odmą piersiową Triphal wspierał bardzo korzystnie leczenie ogólne.

Ze spostrzeżeń swych autor wyciąga następujące wnioski ostateczne:

1). Triphal pomimo nieswoistości swego działania wpływa bardzo pomyślnie na stan ogólny chorych płucnych i doprowadza częstokroć nawet do poprawy przedmiotowej.

2). W przeciwieństwie do innych preparatów złotowych, których działanie występuje przeważnie powoli i późno, wpływ leczniczy Triphalu ujawnia się bardzo szybko.

3). Stosowanie Triphalu nie jest przy właściwem dawkowaniu niebezpiecznem i jest on w każdym razie o wiele mniej toksyczny niż Sanocrysina.

4). W okresach bardzo posuniętych, leczenie złotem, jak i każdym innym środkiem leczniczym, zawodzi.

5). Szczególnie pomyślnie działa Triphal zwłaszcza u chorych leczonych jednocześnie odmą sztuczną.

Dr. E. KAUFMANN, Berlin.

O STOSOWANIU ALBARGINY DLA ZAPOBIEGAWCZEGO I PORONNEGO LECZENIA RZEŻĄCZKI.

(Referat według Med. Welt 1930, Nr. 1).

Kaufmann leczył zapobiegawczo Albarginą 86 z pośród 124 chorych podejrzanych o rzeżączkę; pozostałym 38 stosowano inne preparaty. Wkraplanie Albarginy należy rozpocząć najpóźniej po 10 godzinach. Zapobieganie Albarginą zostało uwieńczone powodzeniem w 99,2%, zapobieganie przy pomocy innych środków w 89,5% przypadków. W 41 przypadkach przeprowadził *Kaufmann* leczenie poronne, 29 razy zapomocą Albarginy, 12 razy korzystając z innych preparatów srebra. Leczenie przeprowadza się w ciągu 3 dni, poczem dokonywa się prowokacji przez wstrzyknięcie mleka lub szczepionki gonokokowej. Prowokację tę powtarza się po 2 dniach i w razie jej dwukrotnie ujemnego wyniku można uważać leczenie poronne za pomyślnie ukończone. Leczenie poronne Albarginą okazało się skutecznem w 23 przypadkach, w 4 wystąpił stosunkowo ciężki porzeżączkowy nieżyt cewki moczowej, w 2 przypadkach leczenie poronne zawiodło. Leczenie poronne w pozostałych przypadkach, leczonych innemi preparatami srebrowemi, nie udało się w 3 przypadkach, w 4 zakończyło się ciężkim nieżytem cewki moczowej i doprowadziło do wyleczenia zaledwie u 5 chorych.

Dr. D. POMETTA, lekarz naczelny Szwajcarskiego Zakładu Ubezpieczeń od nieszczęśliwych wypadków w Lucernie.

POMOC DORAŹNA W PRZYPADKACH RAŻENIA PRĄDEM ELEKTRYCZNYM.

(Referat według Schweiz. med. Wo., 1930, Nr. 4.).

Udzielanie pierwszej pomocy lekarskiej w przypadkach rażenia prądem elektrycznym nie odbywa się przeważnie w sposób właściwy i w zamieszaniu ogólnem zaniedbuje się częstokroć stosowania tego lub innego potrzebnego zabiegu. W Szwajcarji zwołano w r. 1928 specjalną komisję, złożoną z lekarzy i inżynierów, która ma na celu opracowanie wszelkich zagadnień związanych ze sprawą rażenia prądem elektrycznym. Prace tej komisji nie zostały dotychczas jeszcze ukończone. Wobec częstości jednak nieszczęśliwych wypadków, wywołanych przez prąd elektryczny, każdy lekarz musi koniecznie zapoznać się z podstawowemi zasadami odpowiedniego ratownictwa. Przedewszystkiem należy zwrócić uwagę, że w żadnym przypadku,

pozornie nawet beznadziejnym, nie wolno zaniedbać próby ratowania. Posiadamy bardzo wiele przykładów dowodzących, że nawet w warunkach niepomyślnych ratunek jednak jest jeszcze możliwy. Ratunek rozpoczynamy od tego, że poszkodowanego wynosimy z obszaru niebezpieczeństwa, aby nie narazić ani jego, ani udzielających pomocy na powtórne rażenie prądem. Po odpowiedniem ułożeniu ofiary wypadku należy oczyścić usta, usuwając wszelkie zanieczyszczenia lub sztuczne zęby. Górną połowę ciała należy obnażyć i zastosować sztuczne oddychanie. Dla uniknięcia straty czasu najlepiej ubranie odrazu rozciąć. Przez opryskiwanie wodą, rozcieranie kończyn i okolicy serca dążymy do wywołania odruchów. Podskórnie wstrzykujemy środki nasercowe i pobudzające oddychanie (Lobelina). Niepożądanemu oziębieniu pacjenta przeciwdziałamy przez dostarczenie ciepła w odpowiedni sposób. Wzywając lekarza, należy go odrazu poinformować o szczegółach wypadku, aby umożliwić mu zabranie ze sobą potrzebnych środków leczniczych. Sztucznego oddychania nie wolno przerwać zbyt wcześnie. Jeżeli sanitarjusz nie dokonał jeszcze żadnego wstrzyknięcia, wówczas lekarz powinien natychmiast wstrzyknąć podskórnie środki pobudzające krążenie i oddychanie. Wstrzykiwań tych nie wolno w żadnym wypadku zaniechać, nawet jeżeli lekarz przychodzi późno. Dopiero po dokonaniu zastrzyku wolno lekarzowi, nie przerywając jednak sztucznego oddychania (można je przerwać najwyżej na kilka sekund), zająć się bardziej szczegółowem zbadaniem, mającem na celu stwierdzenie, czy należy dokonać ponadto jeszcze wstrzyknięcia dożylnego lub dosercowego. Również i podczas dokonywania tych zabiegów nie wolno przerywać innych zabiegów ratowniczych.

Co się tyczy sposobu stosowania sztucznego oddychania, to za najlepszą należy uznać metodę *Silvestra*. Lecz ostatecznie nie metoda jest istotą rzeczy, lecz jej prawidłowe wykonanie. Najodpowiedniejszym jest sztuczny oddech wywołany ręcznie. Aparaty oddechowe (Inhabad, Pulmotor) wchodzą w rachubę dopiero przy zmęczeniu ratującego. Pomyślne wyniki osiągano stosując wdychanie dwutlenku węgla. *Stern* poleca jako pomoc doraźną zastosowanie syfonu z wodą sodową. Połowę wody zawartej w syfonie wylewa się, poczem nasadza się na syfon gumową rurkę. Następnie przekręca się syfon do góry dnem, tak że rurka szklana syfonu znajduje się w atmosferze czystego CO_2; przy naciśnięciu kurka syfonu wydobywa się CO_2 nazewnątrz. Niewielką ilość płynu zawartą jeszcze w szklanej rurce wylewamy, poczem wstawiamy rurkę gumową do otworu nosowego nieprzytomnego chorego.

Sztuczny oddech, niestety, przerywa się przeważnie zbyt wcześnie. Według naszego dotychczasowego doświadczenia należy go stosować conajmniej przez 4 — 5 godzin, chyba, że stwierdza się jednocześnie inne śmiertelne uszkodzenia (złamanie czaszki lub oparzenia). Przerwać sztuczny oddech przed upływem 4 godzin jest rzeczą zupełnie niedopuszczalną, i to nawet w razie przypuszczenia, że uległy wypadkowi już nie żyje, gdyż po upływie tak krótkiego czasu od chwili rażenia prądem nie można jeszcze

powiedzieć nic pewnego o życiu lub śmierci. Wstrzykiwania podskórne mogą się okazać skuteczne jedynie w stanach nieprzytomności, w przypadkach ciężkich należy możliwie jaknajprędzej zastosować wstrzykiwania dożylne, a często nawet dosercowe. Wszystko to nie powinno jednak przerywać sztucznego oddychania. Lobelina nie nadaje się bez zastrzeżeń do wstrzykiwania dosercowego; odpowiedniejszem jest jej stosowanie dożylne w dawce 3 mg lub podskórne w dawce 10 mg.

Powód śmierci w związku z porażeniem prądem elektrycznym rzadko zależy od jednego jedynego czynnika i nie jest jeszcze ostatecznie wyjaśniony. Dopiero badania naukowe przyczynią się do wyjaśnienia tej zawiłej sprawy. Narazie jednak obowiązkiem lekarza jest dokonać i dostatecznie długo stosować wszelkie te zabiegi, które według dotychczasowego doświadczenia mogą się przyczynić do uratowania życia.

Dr. FRYDERYK STRUNZ, Miejski przytułek dla niemowląt w Dreznie.

O LECZENIU KIŁY WRODZONEJ MYOSALVARSANEM.

(Referat według D. m. W. 1929, Nr. 51.).

Kiłę wrodzoną można wyleczyć jedynie przez dostatecznie wcześnie rozpoczęte i kilkakrotnie powtarzane energiczne leczenie przeciwkiłowe. Pod leczeniem wczesnem nie należy pojmować rozpoczęcia kuracji po wystąpieniu pierwszych objawów kiłowych (wysypki, nieżyt nosa, porażenia *Parrota*, zapalenie okostnej, powiększenie śledziony), lecz dziecko, którego matka na krótko przed lub po poczęciu zaraziła się kiłą i nie leczyła się wcale lub jedynie niedostatecznie, należy poddać ostrożnej kuracji jeszcze przed wystąpieniem początkowych objawów. Jeszcze skuteczniejszem okazuje się leczenie chorej matki podczas ciąży. Leczenie kiły wrodzonej powinno być możliwie energiczne; wszyscy uznają konieczność kilkakrotnego stosowania kombinowanej kuracji. Na wielu klinikach dziecięcych stosuje się opracowaną przez *E. Müllera* metodę leczenia rtęcią i Neosalvarsanem. Trudność dożylnego wstrzykiwania Neosalvarsanu udało się usunąć przez wprowadzenie do lecznictwa skutecznego i doskonale znoszonego, a nadającego się do wstrzykiwań domięśniowych Myosalvarsanu. Bóle przy wstrzykiwaniu i wytwarzanie się nacieczeń zdarzają się przy prawidłowej technice bardzo rzadko; na pytanie, czy trwałość działania Myosalvarsanu dorównywa pod każdym względem działaniu innych prepratów salvarsanowych, będzie można dać ostateczną odpowiedź dopiero po upływie dłuższego czasu. Według dotychczasowych spostrzeżeń wydaje się to conajmniej prawdopodobnem.

Strunz dokonał dotychczas około 400 wstrzykiwań u 50 dzieci. 22 dzieci

było w wieku poniżej roku, 27 w wieku od 1 do 6 lat, jedno dziecko miało 13 lat. Sześciu dzieciom zastosowano kurację mieszaną według *Müllera*, u 44 przeprowadzono leczenie wyłącznie Myosalvarsanem; 33 z pośród tych dzieci otrzymały już od 2 do 7 kuracyj.

Przy dawkowaniu kierowano się podaną przez *E. Müllera* zasadą, aby w pierwszym roku życia dawać 0,03 g Neosalvarsanu na kilo wagi. W drugim i trzecim roku stosowano 0,02 g na kg, przyczem nie przekraczano 0,3 g jako dawki pojedyńczej. Gdy dziecko znosiło dobrze pierwsze wstrzyknięcie 0,03 g, dawkę szybko zwiększano, tak że przy trzeciem lub czwartem wstrzyknięciu stosowano już pełną dawkę. 0,3 g Myosalvarsanu rozpuszcza się w 2 cm^3 wody przekroplonej i wstrzykuje możliwie głęboko dopośladkowo w górny zewnętrzny kwadrant; w nielicznych przypadkach dokonywano wstrzykiwań do mięśni udowych. Jeden kurs leczenia trwał 12 tygodni. Przy leczeniu wyłącznie Myosalvarsanem wstrzykiwań dokonywano raz na tydzień, przy stosowaniu zaś mniejszych dawek dwa razy tygodniowo.

Rzadko tylko u niemowląt ze źle rozwiniętemi mięśniami spostrzegano lekkie, szybko przemijające nacieczenia. Starsze dzieci na bóle po wstrzykiwaniach nie skarżyły się, jedynie samo wstrzykiwanie było przykre. Różnicy w tolerancji przy wstrzykiwaniach do mięśni pośladkowych lub udowych nie było. U niemowląt po pierwszych wstrzykiwaniach ciepłota podnosiła się na 6 — 8 godzin do 38,5°. U większych dzieci odczyn gorączkowy nie występował wcale. Małe niemowlęta ze świeżą złośliwą kiłą gorączkowały do 39°. Ostrożne dawkowanie umożliwiło ograniczenie tego odczynu gorączkowego do minimum. W przypadkach ciężkiej kiły narządów wewnętrznych u małych niemowląt z dużem powiększeniem śledziony i wątroby, wzdętym brzuchem, obrzękami i t. d. gorączka i odczyn ogólny mogą być bardzo silne, tak że lepiej w takich warunkach Myosalvarsanu nie stosować.

Myosalvarsan zamienia przeważnie dodatni odczyn Wassermanna na ujemny. W świeżych przypadkach wysypka ginie po 2 — 3 wstrzyknięciach. Porażenia *Parrota* i obrzmienie śledziony ustępują w ciągu kilku tygodni. Przy leczeniu wyłącznie Myosalvarsanem, podobnie zresztą jak i przy stosowaniu Neosalvarsanu, udawało się doprowadzić do ujemnego odczynu Wassermanna w 20% przypadków. Przy leczeniu kombinowanem według *E. Müllera* (z Myosalvarsanem) odczyn Wassermanna stawał się ujemny już po dwóch kuracjach. Na uwagę zasługuje również dobre samopoczucie i poprawa stanu ogólnego dzieci podczas kuracji. W przypadkach nerczycy kiłowej objawy nerkowe ustępują jednocześnie z pozostałemi objawami kiłowemi.

Streszczenie: na podstawie doświadczenia, dotyczącego leczenia Myosalvarsanem 50 dzieci kiłowych, autor dochodzi do wniosku, że również i niemowlęta znoszą Myosalvarsan doskonale i że działanie jego odpowiada działaniu Neosalvarsanu. Myosalvarsan należy przeto stosować w tych wszystkich przypadkach, w których wstrzykiwania dożylne natrafiają na trudności, a zwłaszcza dla ambulatoryjnego leczenia kiły wrodzonej.

Dr. K. SKUTEZKY, Innsbruck.

O LECZENIU OSTREJ RZEŻĄCZKI TRYPAFLAVINĄ.

(Autoreferat według The Urologic and Cutaneous Review 1930, Nr. 3.)

W przebiegu rzeżączki przejście sprawy zapalnej z przedniej cewki na tylną oznacza ważny i niepomyślny punkt zwrotny, gdyż sprzyja nadzwyczajnie przejściu sprawy chorobowej na narządy gruczołowe. Powikłania ze strony gruczołu krokowego i pęcherzyków nasiennych ze względu na trudną dostępność tych narządów opierają się najdłużej naszym zabiegom leczniczym i są najczęstszym powodem przejścia rzeżączki w stan przewlekły. Przyzwyczailiśmy się poprostu uważać to pierwsze i najważniejsze powikłanie rzeżączki za zwykły objaw, któremu zapobiec nie jesteśmy w stanie i wszelkie nasze usiłowania lecznicze zwracaliśmy dotychczas głównie w kierunku leczenia rzeżączki cewki tylnej i jej powikłań, a nie w kierunku zapobiegania tej sprawie, co powinno być właściwie głównem naszem zadaniem.

Okoliczność ta skłoniła mnie do poszukiwania sposobu postępowania leczniczego, któryby przez wczesne czynne wystąpienie umożliwił ograniczenie sprawy chorobowej do przedniej części cewki. Udało mi się wreszcie znaleźć sposób leczenia świeżej rzeżączki, który chroni niezawodnie przed omawianemi niepożądanemi powikłaniami. Szczegółowe omówienie podstaw teoretycznych moich badań przekraczałoby znacznie ramy niniejszego referatu, wobec czego ograniczę się wyłącznie do przedstawienia samej metodyki.

Do leczenia mojego nadają się, oczywiście, tylko przypadki świeżego zakażenia; przypadki z już istniejącem zapaleniem tylnej części cewki lub ostro występujące, chociaż klinicznie ograniczone do części przedniej nawroty rzeżączki leczonej w danej chwili lub pozornie wyleczonej, również nie wchodzą w rachubę. Głębokie natomiast ropienia i obrzęk członka nie przedstawiają przeciwwskazania, a nawet poprawiają się bardzo szybko.

Leczenie polega na tem, że chory otrzymuje raz na dzień dożylny zastrzyk 0,05 — 0,1 g Trypaflaviny. Wstrzyknięcia należy dokonywać powoli, wśród częstego aspirowania krwi do strzykawki. Poza lekkiemi, szybko przemijającemi mdłościami podczas pierwszego i drugiego wstrzykiwania u szczególnie wrażliwych pacjentów, ani razu nie spostrzegałem żadnych przykrych objawów działania ubocznego. Natychmiast po wstrzyknięciu przepłukuje się choremu cewkę moczową z irygatora litrem roztworu srebra 1 : 5 — 3000. Roztwór powinien być tak gorący, jak tylko chory może znieść (46 — 50° w irygatorze), gdyż, jak się przekonałem, chorzy znoszą takie gorące roztwory stosunkowo najlepiej. Ciepło powoduje przekrwienie błony śluzowej, zwiększa w ten sposób przypływ krwi i ułatwia przesiąkanie zawierającej Trypaflavinę surowicy. Poza tem ła-

twiej jest przezwyciężyć napięcie zwieracza gorącym roztworem niż płynem o ciepłocie ciała, który chory odczuwa jako chłodny. W każdym przypadku przepłukuję całą cewkę moczową i pęcherz moczowy, nie obawiając się zawleczenia zarazków. Zawleczenie to jest według moich teoretycznych przesłanek mało prawdopodobnem i, jak to wykazuje praktyka, istotnie się nie zdarza. W znacznej większości przypadków udaje się przy pewnej wprawie doprowadzić z łatwością do zwiotczenia mięśnia. Jedynie w tych przypadkach, w których napięcie jest tak silne, że możnaby je przezwyciężyć tylko siłą — co jednak zdarza się bardzo rzadko — rezygnuję z przepłukiwania całej cewki moczowej i ograniczam się do leczenia części przedniej. Zwracam przytem szczególną uwagę na to, aby jaknajstaranniej przepłukać części głęboko położone aż do odcinka mięśniowego. W żadnym jednak wypadku nie wolno stosować mocniejszego ciśnienia, gdyż może to sprzyjać wciśnięciu wydzieliny zawierającej gonokoki do gruczołów i zatok. Dla przygotowania roztworów srebra korzystam wyłącznie z soli z grupy srebrowych związków cyjanowych, które wyróżniają się dwiema zaletami: przedewszystkiem działaniem w niewielkich stężeniach, a po drugie brakiem strątu pod wpływem zwykłej wody lub Trypaflaviny, czego według mojego doświadczenia nie można powiedzieć o innych zwykle stosowanych solach srebrowych. Dla leczenia domowego w praktyce prywatnej zapisuję $^1/_4$%-owy Choleval i zalecam chorym dokonywanie wstrzykiwania rano i wieczorem.

Gdy postępowanie takie z powodów zewnętrznych okazuje się niemożliwe, wówczas stosuję dwa przepłukiwania Janeta dziennie. Mniej więcej po 5 — 8 wstrzykiwaniach Trypaflaviny stosuję je już co drugi dzień, przestrzegając nadal codziennych przepłukiwań; ogółem stosuję 10, najwyżej 15 wstrzykiwań Trypaflaviny. Po zaprzestaniu wstrzykiwań Trypaflaviny, chory wydziela w moczu dostateczną ilość barwnika jeszcze przez dłuższy czas (2 — 3 tygodnie). Przed upływem trzeciego tygodnia dokonywam jeszcze kilku rozszerzeń części przedniej i na tem kończę leczenie.

Jeszcze kilka wskazówek praktycznych dla techniki przepłukiwań: zwykłą pozycją mężczyzny przy oddawaniu moczu jest postawa stojąca, która najbardziej sprzyja rozwarciu zwieracza zewnętrznego; z tego powodu okazuje się niecelowem dokonywać przepłukiwań w pozycji siedzącej. Płyn musi być możliwie gorący i nie powinien stygnąć podczas przepłukiwania. Z tego względu zwykły irygator ze szkła lub blachy jest nieodpowiedni i należy korzystać z irygatora-termosu. Jako kankę uważam zwykłą oliwkę szklaną za lepszą niż jej modyfikację umożliwiającą odpływ.

Wartość powyższej metody leczniczej polega nietyle na skróceniu czasu trwania choroby, ile na niedopuszczeniu do przejścia rzeżączki na tylną cewkę moczową i na niedopuszczeniu do wystąpienia powikłań, co daje rękojmię zupełnego wyleczenia bez nawrotów.

Prof. dr. H. BEUMER, Uniwersytecka klinika chorób dziecięcych w Getyndze.

O SZTUCZNEM ODŻYWIANIU NIEMOWLĄT.

(Referat według D. m. W. 1930, Nr. 2.)

Zaburzenia wskutek nieprawidłowego odżywiania mlekiem lub potrawami mącznemi, krzywica, tężyczka, niedokrwistość i awitaminozy zdarzałyby się w wieku niemowlęcym z pewnością o wiele rzadziej, gdyby niemowlęta odżywiano w sposób bardziej celowy. Również i dzisiaj jeszcze najbardziej rozpowszechnione jest odżywianie rozcieńczonem mlekiem z dodatkiem węglowodanów. *Moro* i *Finkelstein* pierwsi zaniechali stosowania tak zwanego $^1/_3$ mleka, które zawiera zbyt mało tłuszczu i niedostateczną ilość kaloryj, oraz mieszania zwykłego mleka z wodą i cukrem bez dodatku kleiku. Wyniki jednak sposobu odżywiania, polegającego na podawaniu początkowo $^1/_2$ mleka, a po krótkim czasie $^2/_3$ mleka, nie okazały się całkowicie zadowalające. Znaczne ilości płynu obciążają żołądek i gospodarkę wodną i zaburzenia odżywiania występują wówczas bardzo często. Więcej powodzenia rokują mieszaniny mleczne o większej wartości kalorycznej, w których ilość ciepłostek zostaje zwiększona przez dodanie tłuszczu, masła lub śmietanki albo mąki zaprażanej z masłem *Czernego-Kleinschmidta.* Aczkolwiek te obfitujące w tłuszcz mieszaniny mogą być bardzo cenne, to jednak w rękach niedoświadczonych mogą wyrządzić szkodę. Wydalanie dużych ilości tłuszczu masłowego wskazuje na przeciążenie przewodu pokarmowego i na niebezpieczeństwo objawów niestrawności. Ilość mleka waha się w tych metodach około $^1/_3$ wagi ciała. Rozcieńczenie mleka krowiego niezawsze zwiększa jego tolerancję i wielu lekarzy nie uznaje z tego względu celowości podawania mleka rozcieńczonego i zaleca odżywianie mlekiem nierozcieńczonem. *Beumer* od r. 1921 stosuje wyłącznie mleko nierozcieńczone, które nawet dzieci przedwcześnie urodzone dobrze znosiły. Do mleka tego dodawano wówczas 2% mondaminy (mąki z kukurydzy) i 4—6% cukru gronowego. Znaczną poprawę mleka pełnowartościowego stanowiło dodanie 5—6 cm^3 kwasu mlecznego na litr mleka. Sześcioletnie doświadczenie w klinice, przytułkach dla niemowląt i praktyce prywatnej, skłoniło *Beumera* do uznania nierozcieńczonego mleka z dodatkiem kwasu mlecznego za najodpowiedniejsze sztuczne pożywienie nawet dla najmłodszych dzieci. Podczas gdy *Schiff* i *Mosse* stosują to zakwaszone mleko jedynie w przypadkach zaburzeń odżywiania u niemowląt, *Beumer* podaje je również i zdrowym niemowlętom, gdyż przedstawia ono ważną i zupełnie nieszkodliwą ochronę przed zaburzeniami odżywiania.

Jeżeli się ma zastrzeżenia, co do oddania w ręce matki kwasu stężonego, to można zapisywać kwas 10-krotnie rozcieńczony; *Beumer* w ciągu

6 lat stosowania zakwaszonego mleka nie spostrzegał ani razu żadnych objawów działania ubocznego. Również i obawa przed przekarmianiem mlekiem okazuje się nieuzasadniona, chociaż przy odżywianiu niemowląt mlekiem pełnowartościowem przekracza się często liczby *Budina* nawet dwukrotnie. Zamiast kwasu mlecznego można stosować również i kwas cytrynowy; *Beumer* jednak woli mleko z kwasem mlecznym ze względu na większą łatwość przygotowania. Naogół wystarcza podawać mleko z kwasem mlecznym w ciągu pierwszych 4 — 5 miesięcy, poczem można je już zupełnie odstawić. W razie wystąpienia twardszych wypróżnień należy zamiast mondaminy dodawać mąkę pszenną, a zamiast cukru gronowego cukier trzcinowy. Przy tym sposobie odżywiania stolce posiadają żółtą barwę, swoistą dla karmienia piersią. Mleko nierozcieńczone z dodatkiem kwasu mlecznego lub kwasu cytrynowego chroni również przed wystąpieniem krzywicy. Ciężkie przypadki krzywicy nie zdarzają się przy tym sposobie odżywiania wcale, a jako dostateczny środek zapobiegawczy wystarcza przeważnie dziennie łyżeczka tranu, do którego dodaje się na 100 cm^3 1 cm^3 Vigantolu.

W przypadkach zaburzeń trawiennych można po ustąpieniu ostrych objawów zastosować na pewien czas mleko zbierane, a następnie przejść bardzo szybko do pełnowartościowego mleka z kwasem mlecznym. W bezmlecznym okresie wstępnym znakomite usługi oddaje kleik ryżowy lub 6 — 8%-owa zupa z mąki ryżowej. Karmienie piersią samo przez się nie jest jeszcze, oczywiście, żadną rękojmią prawidłowego rozwoju niemowlęcia. Niedostateczne odżywianie piersią jest według *Beumera* gorsze, niż dostateczne sztuczne odżywianie. Zwłaszcza w pierwszych tygodniach życia może wskutek braku mleka z piersi wystąpić upośledzenie odżywiania, które pozostaje przeważnie nierozpoznane, gdyż niemowlę nie krzyczy, lecz zachowuje się niezwykle spokojnie, co matka uważa za objaw nasycenia. Spadek wagi powinien ustać trzeciego dnia, na 10 — 12 zaś dzień waga powinna znowu osiągnąć wielkość z chwili urodzenia. Jeżeli krzywa wagi przebiega inaczej, wówczas mamy do czynienia z upośledzeniem stanu odżywiania i należy, nie zwlekając, uzupełnić karmienie piersią przez dodanie sztucznego odżywiania. Ułatwia to zwykle niemowlętom mocniejsze ssanie i pobudzenie w ten sposób niedostatecznego wydzielania mleka. Tak zwane lenistwo ssania polega przeważnie na niedostatecznej ilości mleka matczynego. Niektórzy lekarze zalecają jako uzupełnienie karmienia piersią pasteuryzowaną i wysuszoną w puszkach maślankę; ten preparat konserwowy, zawierający mało tłuszczu, nie jest jednak pożywieniem odpowiedniem i należy go zastąpić przez mleko zwykłe niezbierane, do którego jeszcze można dodać kwasu. Poza sprawami niemowlęcia należy również uwzględniać i dobro matki. Ograniczenie karmienia piersią stanowi często o wiele większą korzyść dla rodziny, niż idealne dążenie do karmienia za wszelką cenę i bez żadnych zastrzeżeń. Niejedna

matka dopiero po wielu latach odzyskuje siły poważnie nadwyrężone podczas karmienia.

Tablica wagi podług *Camerera*:

Wiek	Waga w chwili urodzenia ponad 2750 O. N.	ponad 2750 O. S.	2000-2750 O. N. S.	< 2000 O. N. S.	Wiek	Waga w chwili urodzenia ponad 2750 O. N.	ponad 2750 O. S.	2000-2750 O. N. S.	< 2000 O. N. S.
	3433	3467	2440	1700					
Koniec 1 tygodnia	3408	3314	2500	1720	Koniec 36 tygodnia	8585	8123	6910	6040
„ 2 „	3567	3384	2570	1850	„ 40 „	8859	8328	7130	6360
„ 4 „	3995	3693	2890	2180	„ 44 „	9209	8695	7370	6430
„ 8 „	4818	4307	3660	2910	„ 48 „	9526	8914	7760	6230
„ 12 „	5546	4905	4320	3560	„ 52 „	9862	9228	8220	6570
„ 16 „	6225	5534	5000	4160					
„ 20 „	6788	6222	5550	4750	Koniec 15 miesiąca	10790			
„ 24 „	7320	6900	5940	5300	„ 18 „	11590		9599	
„ 28 „	7767	7 83	6270	5700	„ 21 „	12070		10620	
„ 32 „	8147	7729	6650	5940	„ 24 „	12740			

O. N. = odżywianie naturalne; O. S. = odżywianie sztuczne; O. N. S. = odżywianie naturalne i sztuczne.

Dr. ANNA BOTZEL, Oddział chorób zakaźnych Szpitala Virchowa w Berlinie.

LECZENIE POWOLNEJ POSTACI ZAKAŻENIA MENINGOKOKOWEGO DOŻYLNEMI WSTRZYKIWANIAMI TRYPAFLAVINY.

(Referat według Med. Klin. 1930, Nr. 4.).

Powolną postać zakażenia meningokokowego opisali pierwsi *Friedemann* i *Deicher*. Następnie wielu autorów opisywało podobne przypadki. Autorka uzupełnia dotychczasowe spostrzeżenia przez podanie jeszcze 2 historyj chorób. W obu przypadkach udało się osiągnąć wyleczenie.

Przypadek 1. Pani H., 30 lat. 16.IX.28. Dreszcze, gorączka, bóle głowy, wymioty i biegunka. 17.IX. Ciepłota 40°, brak punktu wyjściowego dla gorączki. 18.IX. zrana stan bezgorączkowy, dolegliwości ustąpiły. Wieczorem bóle w goleniach i w prawym stawie kolanowym, wysypki nie stwierdza się. 19.IX. Zrana dreszcze, 39,6°, drobnoplamista wysypka grudkowa, WaR ++++. Krzywa ciepłoty nasuwa początkowo myśl o zimnicy. Później napady gorączkowe występują codziennie. 26.IX. Obraz krwi: 11500 ciałek białych, 1% eozynochłonnych, 2% postaci młodocianych, 12% pałeczkowatych, 65% segmentowanych, 17% limfocytów, 3% monocytów. 28.IX. Znowu skok gorączki: guzowate, już nie krwotoczne wykwity na stronie wyprostnej ramion i nóg. 2.X. Z powodu podejrzenia na meningokokowe zakażenie krwi, przepisana na oddział zakaźny. Obraz krwi: ciałek białych 7000, pałeczkowatych 30%, eozynochłonnych 2%, segmentowanych 45%, limfocytów 20%, monocytów 3%. W posiewie stwierdza się meningokoki. 5.X. Podniesienie się ciepłoty. 0,6 g Trypaflaviny dożylnie, poczem stale stan bezgorączkowy. 20.X. Wypisana, zupełnie wyleczona.

Przypadek 2. G. W., 17 lat. Na 4 tygodnie przed przyjęciem do szpitala czerwone plamy na ramionach i dreszcze. Następnie znowu stan dobry i ustąpienie plam. Później, wieczorami, częstokroć ziębienie, lecz nie codziennie. Na 14 dni przed przyję-

ciem do szpitala dreszcze i wysypka, co pewien czas gorączka. Po każdem podniesieniu się ciepłoty nowe plamki na ciele. Przyjęty do szpitala jako podejrzany o dur brzuszny. 5.VII.29. Objaw *Kerniga* +, wyraźna sztywność karku. Na powierzchni wyprostnej kończyn, na szyi i piersiach czerwone wypukłe wykwity wielkości soczewicy lub małej monety. Obraz krwi: ciałka białe 15800, postacie młodociane 1%, limfocyty 12%, pałeczkowate 35%, monocyty 2%, segmentowane 50%. 7.VII. Znowu skok gorączki i zwiększenie się wysypki i sztywności karku. Dokonano nakłucia lędźwiowego i wypuszczono 20 cm³ lekko mętnego płynu. Badanie bakterjologiczne nie wykazało obecności żadnych drobnoustrojów. 8.VII. W posiewie krwi stwierdzono obecność meningokoków. Ciepłota dochodzi do 38°. 0,6 g Trypaflaviny dożylnie. 9.VII. Sztywność karku ustąpiła, objaw *Kerniga* ujemny, stan bezgorączkowy. 12.VII. Wypisany jako wyleczony.

Objawy kliniczne odpowiadają więc objawom podanym przez *Friedemanna* i *Deichera:* wysypka, gorączka o typie zimnicy trzeciaczkowej, bóle w stawach i obrzmienie stawów, dobre samopoczucie w okresach bezgorączkowych, leukocytoza i przesunięcie na lewo. Czas trwania choroby wynosi przeciętnie kilka miesięcy. Może nastąpić samoistne wyleczenie, lecz możliwe jest również i zajęcie opon mózgowych. Rokowanie zapalenia opon mózgowych jest, oczywiście, o wiele poważniejsze. Dla leczenia choroby wypróbowano etylhydrocupreinę oraz autoszczepionki: pierwsza bez wyniku, drugie z wynikiem wątpliwym. Opisywano również poszczególne przypadki leczone pomyślnie domięśniowemi wstrzykiwaniami surowicy meningokokowej, która czasami jednak zawodziła zupełnie. *Adler* widział niewątpliwie dodatnie wyniki jedynie przy wstrzykiwaniach Trypaflaviny, którą stosował w dawkach bardzo małych. *Friedemann*, *Deicher* i *Leichner* zwiększyli dawkę. *Bötzel* proponuje dla kobiet 0,6 g, dla mężczyzn do 0,75 g. Pora wstrzykiwania (podczas gorączki lub w okresie bezgorączkowym) jest, jak się wydaje, obojętna.

Dr. K. HILLEBRECHT, Rodewald pod Hanowerem

SPOSTRZEŻENIA NAD DZIAŁANIEM YATRENU 105 PRZY CZERWONCE I ZBLIŻONYCH DO NIEJ CHOROBACH KISZKOWYCH.

(Referat według Fortschritte der Medizin, 1929, Nr. 24.).

W okresie od r. 1914 do 1918 *Hillebrecht* wielokrotnie stosował z powodzeniem Yatren 105 dla leczenia czyraków i zakażonych ran. W r. 1924 autor podczas podróży morskiej miał sposobność wypróbowania działania Yatrenu 105 przy czerwonce. W Colombo na Cejlonie *Hillebrecht* spostrzegał wielu chorych na czerwonkę. Nalewka makowca, Bolus alba, Uzara, bizmut i kora simarubry nie okazywały na ciężkie przypadki żadnego wpływu, a poprawiały się jedynie przypadki lekkie. Otóż

nawet te ciężkie przypadki czerwonki leczone uprzednio bezskutecznie — udało się *Hillebrechtowi* wyleczyć zapomocą Yatrenu 105. Jako objawy stwierdzano przeważnie we wszystkich przypadkach: gorączkę, parcie, białawe stolce, częściowo z krwią, zupełny brak łaknienia. Rozpoznania czerwonki pełzakowej — w okolicy tej wchodzi w rachubę jako zarazek chorobotwórczy Amoeba histolytica — nie można było z całą pewnością postawić z powodu braku mikroskopu. U wszystkich chorych, u których wyżej wymienione środki zawiodły, Yatren 105 okazywał znakomity wpływ leczniczy. Chorzy otrzymywali 3 razy dziennie po 4 pigułki Yatrenu, po 0,25 g lub 3 razy dziennie po 2 opłatki po 0,3 g. Dawkowanie to stosowano w ciągu około 8 dni. Wszyscy chorzy, którzy zażywali Yatren 105, doznawali ulgi już pierwszego dnia. Dokuczliwe parcie ustępowało, liczba wypróżnień się zmniejszała, krew w stolcu szybko znikała. Kilka poniżej przytoczonych historyj chorób może posłużyć jako przykład pomyślnego działania Yatrenu 105.

1. H., 25 lat, silne biegunki, chory bardzo osłabiony i blady, zupełny brak łaknienia, jama brzuszna wrażliwa na ucisk, dokuczliwe parcie, bardzo częste krwawo - śluzowe wypróżnienia. 38 — 39°. Leczenie Yatrenem rozpoczęto w 10-ym dniu choroby. Nazajutrz parcie znacznie łagodniejsze, stolce nie tak częste. Na piąty dzień leczenia Yatrenem w wypróżnieniach już się nie stwierdza obecności krwi. 7-go dnia wypisany z łagodnem zaparciem.

2. 16-letni chłopiec okrętowy, gorączka 39° i wyżej. Objawy jak u pierwszego chorego. Pod wpływem Yatrenu 105 szybkie ustąpienie objawów chorobowych. 5-go dnia wypisany jako zdolny do lżejszej pracy.

3 — 6. U innych 4-ch członków załogi okrętowej nie można było przeprowadzić leczenia Yatrenem w sposób właściwy z powodu braku dostatecznej ilości lekarstwa; po 16 względnie tylko 10 pigułek wystarczyło jednak dla osiągnięcia znacznej poprawy.

7. Zachorował również i sam *Hillebrecht*. Zażycie zaledwie 6 pigułek wystarczyło dla sprawienia znacznej ulgi i poprawienia stanu ogólnego. Po powrocie do Niemiec autor dostał nawrotu choroby. Objawy czerwonki nie reagowały na nalewkę makowca, Uzarę, węgiel lub czerwone wino. Po doustnem zastosowaniu pigułek Yatrenu 105 już w ciągu pierwszego dnia ustąpiło bolesne parcie i liczba wypróżnień zmniejszyła się znacznie. 16-go dnia wystąpiły już objawy łagodnego zaparcia. Po upływie 2 tygodni autor dla ochrony przed nawrotem, przeprowadził jeszcze jedną kurację. W obu kuracjach stosowano 3 razy dziennie po 3 pigułki przez 8 dni. Dalszych nawrotów już nie było.

Doświadczenie ze stosowaniem Yatrenu 105 zebrane w roli lekarza okrętowego przeniósł *Hillebrecht* do praktyki ogólnej. Stosował on wielokrotnie Yatren 105 przy biegunkach letnich i przy chorobach zbliżonych do czerwonki. Początkowo Yatren 105 zwiększał nawet biegunki, lecz następnie szybko doprowadzał do pożądanego wyniku leczniczego. Już po kilku dniach następowała poprawa i wyleczenie.

Streszczenie: Yatren nadaje się znakomicie dla leczenia czerwonki i podobnych chorób, przyczem okazuje się wystarczającem podawanie doustne.

Doc. Dr. HENRYK LEHNDORFF, Wiedeń.

JAK PRZEBIEGAJĄ CHOROBY Z BIEGUNKAMI U STARSZYCH DZIECI I JAK NALEŻY JE LECZYĆ?

(Referat według Wiener klinische Wochenschrift 1930, Nr. 3.).

Powody nieżytów żołądka i jelit są u starszych dzieci te same, co w pierwszym roku życia: błędy dietetyczne, zakażenia bakteryjne i wreszcie zmiany konstytucjonalne.

Ostre nieżyty jelit pochodzenia pokarmowego rozpoczynają się przeważnie nagle wymiotami i dokuczliwemi bólami w jamie brzusznej oraz bólami głowy. Jedynie u bardzo małych dzieci dochodzi do zamroczenia świadomości, sinicy i duszności. W przypadkach zakażeń jelitowych lub pozajelitowych stwierdza się nieżyt kiszek o cechach kataralnych, tyfusowych lub czerwonkowych. Przy zwykłej biegunce nieżytowej szczególną rolę odgrywają zakażenia grypowe. Przy tak zwanej grypie jelitowej stwierdza się poza gorączką gwałtowne wodnisto-śluzowe wypróżnienia, częstokroć również przygnębienie, bóle głowy, przykry zapach z ust. Obraz ten, zbliżony do duru brzusznego, cechuje t. zw. gorączkę gastryczną. Leczenie wszystkich ostrych biegunek należy rozpocząć od opróżnienia, a następnie uspokojenia przewodu pokarmowego. Jako środek czyszczący stosuje się rycynę lub syrop figowy, a nie kalomel; ewentualnie można dokonać przepłukania kiszek naparem z rumianku. Przy biegunkach o cechach czerwonkowych można spróbować węgiel zwierzęcy lub Bolus alba; przeciwko silnym skurczom stosuje się ciepło, 1 — 5 kropel opium lub kilkakrotnie ½ — 1 tabletki po 0,04 g papaweryny. Przy chorobach pochodzenia czysto dietetycznego zarządza się po 24-godzinnem głodzeniu dietę oszczędzającą przewód pokarmowy. Tłuszczu, łatwo fermentujących węglowodanów i celulozy należy unikać. Wskazanem natomiast jest białko, hamujące jak wiadomo, fermentację. Rozpoczyna się od chudego mleka z dodatkiem kakao lub preparatu białkowego, dobrze roztartego twarogu, miękkiego sera (Gervais), zrumienionej mąki, keksu, sucharków, puree z kartofli, ryżu, gęstych zup. Później można dawać również żółtka i mięso bardzo starannie mielone, następnie omlety, budynie, lekkie ciasto i t. d. Dopiero gdy stolce stają się bardziej spoiste, podaje się dobrze roztarte jarzyny, kompoty i dopiero później owoce (banany). Po przejściu stanu ostrego dodaje się preparaty taniny: Tannigen, Tannalbin, Chinin. tannicum i t. d. Dawniej stosowano chętnie również Uzarę.

Niestrawność przewlekła rozwija się z ostrego nieżytu jelit, przeważnie nie z powodu niedostatecznego lub błędnego leczenia, lecz na podłożu neuropatji. Dzieci neuropatyczne zawsze reagują na określone potrawy (owoce, czarny chleb, jajka) szybko występującemi biegunkami i skarżą

się na kolkę lub bóle. Brzuch jest wzdęty. Wypróżnienia obfite, wodniste lub śluzowe, o odczynie kwaśnym lub zasadowym, zawierają zawsze niestrawione resztki pokarmowe. Okresy poprawy występują naprzemian ze stanami pogorszenia. Chorobę wikłają często niedokrwistość i tężyczka. Po błędzie dietetycznym występuje wówczas zwykle niestrawność fermentacyjna, przy której wydzielają się papkowate, kwaśne stolce przesycone pęcherzykami gazu i piany. Leczenie tej przewlekłej biegunki nie powinno się ograniczyć tylko do cierpienia kiszkowego, lecz powinno obejmować również i neuropatyczne skłonności dziecka, a częstokroć również i przesadną obawę rodziców. Oprócz taniny, bizmutu i preparatów wapniowych podaje się dla zmniejszenia perystaltyki opium. Dla zastąpienia niedostatecznej ilości zaczynów trawiennych najodpowiedniejszemi są: Acidol-Pepsin, kwas solny z pepsyną i preparaty trzustkowe. Dla pobudzenia łaknienia stosuje się środki goryczkowe, jak np. Orexinę. Ograniczenie pożywienia byłoby bezcelowe, a przy częstem powtarzaniu nawet szkodliwe, gdyż głód zmniejsza jeszcze bardziej tolerancję pożywienia i zwiększa wrażliwość jelit. Raczej wskazane są dania niewielkie z dłuższemi przerwami i unikanie potraw obfitujących w związki trudnostrawne, jak czarny chleb, jarzyny, owoce. Białko (dobrze posiekane mięso, jajka, twaróg) bywa dobrze znoszone; z węglowodanów dozwolone są zaraz mączki dla dzieci, keks, sucharki, nieco zaś później również i ryż, kartofle i lekkie potrawy mączne. Z podawaniem cukru i tłuszczu należy być bardzo ostrożnym. Jarzyny i owoce są początkowo zupełnie wzbronione. Tę dietę szczędzącą powinno się jednak przestrzegać tylko przez krótki czas, poczem stopniowo należy ją powiększać ilościowo i urozmaicać. Rzeczą bardzo ważną dla wpływu psychicznego na dziecko, jest stałe zmienianie pożywienia. Należy unikać wszystkiego co sprzyja obawie przed jedzeniem i skłonnościom hipochondrycznym dziecka i rodziców. Częstokroć zmiana pielęgniarki lub otoczenia, przebywanie na świeżem powietrzu, pobyt na wsi, naświetlanie lampą kwarcową i kuracja wodami mineralnemi okazują znakomity wpływ leczniczy.

Prof. dr. C. HEGLER, Szpital Powszechny Św. Jerzego w Hamburgu.

O ODŻYWIANIU CHORYCH NERKOWYCH.

(Referat według Med. Welt 1930, Nr. 9.).

Gotowego planu dietetycznego dla określonych postaci chorób nerek nigdy ustalić nie można. Można natomiast podać sposób leczenia dietetycznego niektórych głównych objawów występujących w przebiegu chorób nerek. *Hegler* proponuje następujące leczenie dietetyczne.

1. Przy bezmoczu nerkowym należy przeprowadzać zalecone przez *Volharda* leczenie głodowe z jednoczesnem usunięciem płynów. Kuracja ta, nawet ściśle przeprowadzana, może trwać kilka dni. Na drugi dzień chorzy przeważnie się przyzwyczajają do uczucia głodu. Przeciwko dokuczliwemu pragnieniu autor zapisuje płukanie ust Neucesolem, kroplówkę z 5 — 10%-owego roztworu cukru gronowego (½ litra na kilka godzin) lub 7%-owy roztwór cukru gronowego dożylnie. Ponadto stosuje w razie potrzeby upust krwi, ciepło, diatermję i t. d.

2. Przy obrzękach nerkowych najskuteczniejszem postępowaniem leczniczem jest przestrzeganie w ciągu kilku dni diety głodowej z usunięciem płynów. Choremu nie wolno wypijać więcej płynu niż w ciągu doby wydziela. Ścisła dieta nerkowa powinna być uboga w wodę, sole i białko i zawierać w miarę możności tylko takie związki, które ulegają w ustroju przemianie na kwas węglowy i wodę, czyli przedewszystkiem węglowodany i tłuszcze. Jako płyn podaje się wodę z sokiem cytrynowym, limonjadę owocową, herbatę miętową z cytryną; jako pożywienie zaś owoce, ryż, cukier, sok owocowy, żółtka i niesolone masło. Przy dłużej trwającem leczeniu dietetycznem należy podawać budynie, papkę z mąki pszennej, mąkę z kukurydzy, mąkę kartoflaną i makaron. Zup należy unikać. Chętnie dawniej stosowaną dietę mleczną można przestrzegać najwyżej w ciągu kilku dni w postaci diety *Karella* (5 razy dziennie po 200 cm^3 mleka). Jeżeli obrzęki są bardzo uporczywe, wówczas ograniczenia białka nie wolno stosować zbyt długo (np. przy nerczycy kiłowej).

3. Przeciwko wysokiemu ciśnieniu krwi korzystnem okazuje się ograniczenie spożywania białka, następnie zupełne usunięcie alkoholu, tytoniu i kawy. Przedewszystkiem zaś żadnych korzeni!

4. Przy mocznicy nie wolno nic podawać doustnie; jedynem pożywieniem może być 50 g cukru podane w kroplówce w litrze wody. Przy grożącej uremji można ostrożnie usiłować ustrój odwodnić, następnie znowu nasycić wodą, a poza tem przestrzegać jednostronną bezbiałkową dietę węglowodanowo-tłuszczową: ryż, potrawy mączne, owoce, kartofle, cukier, jarzyny, żółtka, śmietankę, niesolone masło, słoninę; wolno próbować podać również nieco alkoholu i niewielkie ilości kawy i herbaty. Przeciwko silnemu pragnieniu stosuje się kroplówki lub zaleca się płukanie ust herbatą, podaje kilka pigułek lodowych, ewentualnie również kilka kropel nalewki makowca.

Chociaż więc nie można podać ścisłych przepisów dietetycznych dla określonych postaci chorób nerkowych, to jednak można wskazać pewne ogólne zasady podstawowe. Na pierwszym planie leczenia chorób nerek powinno stać dążenie do odciążenia nerek, serca, krążenia i przemiany materji. Zwykły białkomocz, występujący przy chodzeniu, staniu, skrzywieniu kręgosłupa, nie wymaga oczywiście żadnego leczenia dietetycznego.

Jeżeli jednak rozpoznanie choroby nerek jest pewne, to należy naogół trzymać się następujących przepisów:

1. LECZENIE DIETETYCZNE NERCZYCY.

a) Przy ostrych nefropatjach, jak np. po zatruciach, należy zwalczać oligurję względnie bezmocz i starać się nie dopuścić do obrzęków. Stosuje się w tym celu dietę bezsolną i bezbiałkową, która nie powinna jednak zawierać zbyt mało wody.

b) Przy nefropatjach przewlekłych, np. przy kiłowej nerczycy lipoidowej, należy zwalczać obrzęki lub skłonność do obrzęków dietą bezsolną i zawierającą mało płynów. Ilość podawanych płynów nie może nigdy przewyższać dobowej ilości wydzielanego moczu. Zupy są wzbronione. Mleko, woda, limonjada są dozwolone w niewielkich ilościach; z wód mineralnych: Wernarc, Bilin, Wildungen. Niedozwolone są rosoły na mięsie, konserwy mięsne, kiełbasa. Ilości białka nie potrzeba ograniczać, przyczem odpowiedniejszem okazuje się białe mięso. Sery małosolne, (śmietana, twaróg, Gervais) i żółtka są dozwolone w ograniczonej ilości, następnie przegotowane jarzyny (pierwszą wodę należy ze względu na zawartość soli odlać). Wskazane są jarzyny okopowe, bulwiaste i sałaty oraz wogóle surowizny. Potrawy niegotowane są jednocześnie małosolne. Silne przyprawy korzenne są wzbronione, kapary, szczypiorek, pietruszka, pomidory, kwaśna śmietana, niewielka ilość octu i galaret mięsnych są natomiast dozwolone. Jako przyprawę można stosować tarty ser — parmezan. Zamiast soli kuchennej podawać bromek sodu lub mrówczan sodu, 2—5 g dziennie, następnie wyciągi mięsne. (Meat Juice zawierający 1,2% soli lub Dardex, stężony preparat mięsny o zawartości 3% Na Cl). Również Maggi można stosować w niewielkich ilościach jako przyprawę. Ostatnio stosuje się często Hosal. Leczenie wodami jest zbyteczne, czasem nawet szkodliwe. Pożywienie zawierające większe ilości cholesteryny (żółtka, mózg, śmietana, tłuszcz) należy przy nerczycy lipoidowej ograniczyć.

2. OSTRE ROZLANE KŁĘBUSZKOWE ZAPALENIE NEREK.

Dietetyka zapobiegawcza jest np. u chorych na płonicę w okresie krytycznym bardzo trudna do przeprowadzenia. W każdym razie w okresie zdrowienia należy zaniechać podawania alkoholu, korzeni i zbyt dużej ilości soli, mięso natomiast, jarzyny, potrawy mączne i owoce można podawać bez obawy. Jeżeli jednak dochodzi do objawów ostrego kłębuszkowego zapalenia nerek, wówczas należy pod staranną kontrolą serca przeprowadzić w ciągu 2 — 5 dni dietę głodową z pozbawieniem płynów. W razie potrzeby można dawać niewielkie ilości owoców lub soku owo-

cowego. Następnie podaje się węglowodany i tłuszcze pod postacią cukru, słodkich owoców, soków owocowych, potraw z białej mąki, mąki ryżowej, żółtek i niesolonego masła. Objętość pożywienia nie może przekraczać objętości dobowej ilości moczu. Na wartość kaloryczną można nie zwracać większej uwagi.

Po upływie tygodnia dodaje się jako drugą dietę oszczędzającą nerki do powyższych potraw jeszcze kartofle, jarzyny, kakao, sucharki i potrawy małosolne. Ogólna zawartość soli kuchennej może wynosić 2 g, białka 60 g, płynu około 1000 cm^3, w tem około połowa mleka.

Jeżeli obrzęki ustąpiły i mocz nie zawiera krwi, a białko spadło do ilości około 1‰ wówczas przy trzeciej diecie oszczędzającej nerki dodaje się jeszcze mięso. Mięso powinno być smażone powoli. Szczególnie wskazane są drób i ryby. Sosy są zbyteczne. Wewnętrznych narządów zwierząt nie należy spożywać, ani też mięsa z konserw. Podaje się dziennie około 80 — 100 g mięsa, zawartość Na Cl nie może przekraczać 5 g. Potrzebną ilość kaloryj osiąga się przez dodanie węglowodanów oraz przez dodanie niesolonego masła do jarzyn (szparagi, szpinak, rabarbar, pomidory, groch, soczewica). Unikać należy selerów, rzodkwi, chrzanu, pieprzu, musztardy, mocnej kawy i alkoholu.

3. PRZEWLEKŁE ROZLANE KŁĘBUSZKOWE ZAPALENIE NEREK.

Przy postaciach przewlekłych kłębuszkowego zapalenia nerek, diety małosolnej i małobiałkowej przeprowadzać na stałe nie można; można pozwolić na 5 — 10 g soli na dobę i 60 — 80 g białka. Ograniczeniu podlegają kawa, tytoń i alkohol oraz korzenie i płyny. Jeżeli krążenie jest wyrównane i niema objawów gotowości obrzękowej, wówczas można raz na tydzień dozwolić na przyjmowanie płynów w nieco większej ilości. Ciśnienie krwi i krzywa wagi wskazują na ewentualną potrzebę przestrzegania diety ściślejszej.

4. MIAŻDŻYCA NEREK (NADCIŚNIENIE NACZYNIOWE).

W przypadkach nefrosklerozy dostarczanie białka powinno być poniżej normy, 2 — 3 razy na tydzień należy przestrzegać dnie bezbiałkowe, w pozostałe zaś można dawać około 80 — 100 g mięsa. Ilość soli kuchennej na dobę może dochodzić do 10 g. Niektórzy lekarze zalecają zwłaszcza suchą dietę *Volharda* o zawartości 1200 do 1500 cm^3 płynu, jako szczególnie odpowiednią dla serca i naczyń. Poza tem można co pewien czas zarządzać dnie Karellowskie i owocowe. Alkoholu, mocnej kawy i tytoniu należy unikać.

Dr. M. COHN, lekarka miejska Remscheid (Nadrenja).

PRZECIWBŁONICZE SZCZEPIENIA OCHRONNE W REMSCHEID W LATACH 1928 i 1929.

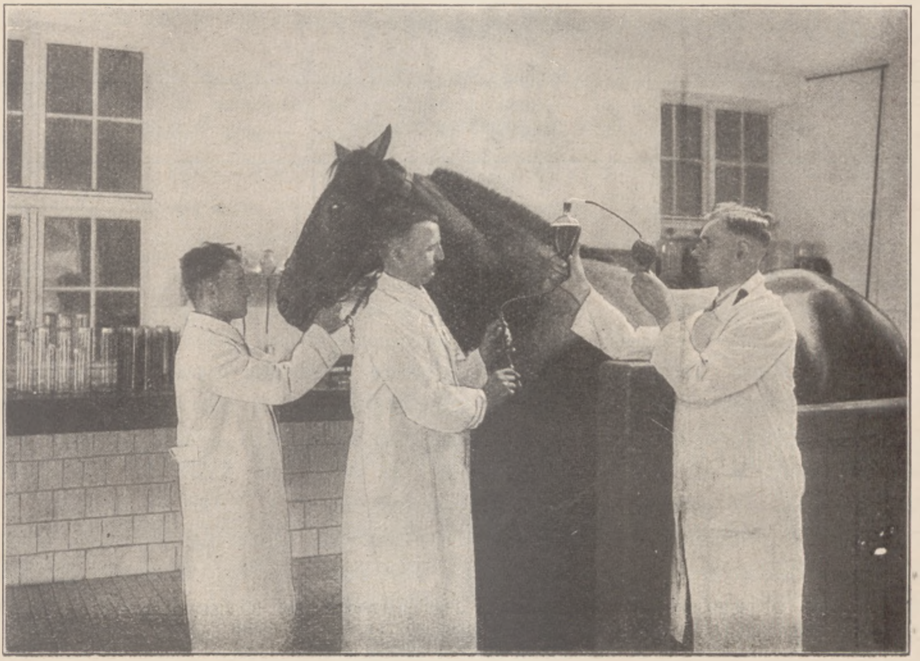
(Referat według Gesundheitsfürsorge für das Kindesalter 1929, tom 4, zeszyt 6).

Statystyka błonicy w mieście Remscheid wykazuje, że zarówno ilość przypadków błonicy jak i śmiertelność z tej choroby zwiększyła się w ciągu ostatnich lat w sposób niewątpliwy:

Rok	Ilość przypadków błonicy	Ilość zgonów
1925	57	1 = 1,7%
1926	50	3 = 6,0%
1927	41	0 = 0,0%
1928	213 } 380	30 = 14,0%
do dn. 1. XII. 1929.	167 }	21 = 12,5%

Wzrastające niebezpieczeństwo błonicy skłoniło urząd lekarski do przeprowadzenia wśród małych i młodszych dzieci szkolnych czynnych szczepień przeciwbłoniczych. Zaszczepiono wszystkie dzieci w zakładach zamkniętych: w r. 1928 — 396 dzieci, w roku zaś 1929 — 436 dzieci, ogółem 832. Z pośród dzieci zaszczepionych w r. 1929 szczepiono 339 dwukrotnie mieszaniną toksyny z antytoksyną (Behring-Werke), pozostałe zaś dzieci szczepiono tylko raz. Ani razu nie spostrzegano żadnych przykrych objawów lub odczynów związanych ze szczepieniami. Próby *Schicka* na większą skalę nie dokonywano. Do 1.XII.1929 z pośród 832 obserwowanych dzieci zachorowało 2,2%, jedno dziecko zmarło. Z pośród zaś szczepionych dwukrotnie zachorowało tylko jedno dziecko. Zapadnięcie na błonicę zdarzało się w czasie od 5 dni do 14 miesięcy po dokonaniu szczepienia. W przypadkach wczesnych zapadnięć ochrona szczepienna nie zdążyła się, oczywiście, jeszcze wytworzyć. W przypadku śmiertelnym szczepienia dokonano zaledwie przed 3½ tygodniami. W pewnej rodzinie zaszczepiono czworo dzieci, u pozostałych szczepień nie dokonano. Otóż dzieci nieszczepione zapadły na błonicę, szczepione zaś pozostały zdrowe. W okresie szczepień znajdowało się w Remscheid około 12.000 dzieci, zachorowało zaś 380, co oznacza zapadalność na błonicę wynoszącą 3%. Zapadalność wśród 832 szczepionych z 18 przypadkami błonicy wynosi 2,2%. Różnica między 2,2 i 3% nie pozwala jednak na wyciągnięcie ostatecznego wniosku o skuteczności czynnego szczepienia ochronnego. Jeżeli się uwzględni oddzielnie dzieci szczepione jedno- i dwukrotnie, wówczas wśród 493 szczepionych jednokrotnie stwierdza się 17 przypad-

ków błonicy, zaś wśród 339 szczepionych dwukrotnie zaledwie jeden przypadek. Zapadalności na błonicę wynoszącej 3,4% u szczepionych jednokrotnie można przeciwstawić zapadalność 0,29% u szczepionych dwukrotnie. Wśród szczepionych więc dwukrotnie stwierdza się niewątpliwie zmniejszenie zapadalności na błonicę, podczas gdy szczepienie jednorazowe okazuje się nie wystarczające. Można oczekiwać, że zalecane obecnie powszechnie szczepienie dwukrotne (lub nawet trzykrotne) pozwoli wreszcie na osiągnięcie wyników zupełnie zadowalających.



Podskórne wlewanie roztworu jadu błoniczego
(Z laboratorjum Zakładów Behringa, Marburg)

Dr. R. FLECKSEDER, II klinika chor. wewn. w szpitalu im. Rudolfa w Wiedniu.

DALSZE ZNACZNE SPOTĘGOWANIE ODWODNIAJĄCEGO DZIAŁANIA SALYRGANU.

(Referat według Wien. klin. Wo. 1930, Nr. 5.).

Przy zwiększaniu diurezy posalyrganowej przez kwas dehydrocholowy następuje zmniejszenie odkładania się rtęci w komórkach wątrobowych i drogach żółciowych. Maksymalną diurezę osiąga *Flekseder* przez dalsze połączenie z NH_4Cl. *Fleckseder* podaje conajmniej o dzień wcześniej,

przeważnie jednak w ciągu kilku dni przed pierwszem wstrzyknięciem Salyrganu codziennie po 5 g NH_4Cl w soku pomarańczowym.

Sir. Aurant. ad	150,0
Ammon. chlorat.	5,0
Aq. font.	120,0

Podawanie NH_4Cl stosuje się nieprzerwanie przez cały czas leczenia Salyrganem i należy go zaniechać jedynie w przypadkach złej tolerancji. Przy pomocy tego kombinowanego leczenia udawało się w przypadkach obrzęków sercowych, wodobrzusza i marskości wątroby osiągnąć ilości moczu tak duże, jakich nie dawało żadne inne postępowanie. U 17 z pośród 23 chorych dobowa ilość moczu wynosiła przeciętnie 5—6 litrów, w poszczególnych zaś przypadkach nawet znacznie więcej. U jednego chorego z bardzo dużemi obrzękami na tle niedomogi serca diureza dobowa już po pierwszem wstrzyknięciu Salyrganu z decholiną i cukrem gronowym (wszystkie 3 leki łącznie w jednej strzykawce) wyniosła 13,5 litra. Zastoinowe wodobrzusze sercowe udaje się częstokroć zupełnie usunąć, przy wodobrzuszu zaś na tle marskości zanikowej udaje się to rzadziej. O wartości tego sposobu leczenia przy obrzękach na tle nerczycy rozstrzygną dopiero dalsze spostrzeżenia.

Dr. TORSTEN FORSTEN, Abo.

SPOSTRZEŻENIA NAD DZIAŁANIEM COMPRALU

Pomyślne doświadczenia dokonane w ciągu ostatnich lat nad połączeniami środków przeciwbólowych względnie przeciwgorączkowych ze środkami uspokajającemi, o których stale donosi prasa lekarska, skłoniły mnie do wypróbowania takiego środka przeciwbólowego i uspokajającego również w mej praktyce prywatnej. Zwróciłem się w tym celu do Compralu, jako do środka, o którym już wiadomo, że wyróżnia się doskonałą tolerancją i skutecznością. Compral przedstawia zespolenie w jednolitą całość środka nasennego i uspokajającego: Voluntalu z Pyramidonem, w ilościach odpowiadających ich wadze cząsteczkowej.

Przy wyborze tego preparatu kierowałem się przedewszystkiem okolicznością, że Compral nie zawiera jako czynnego składnika kwasu barbiturowego, na który wrażliwi pacjenci reagują czasem w sposób bardzo przykry. Pyramidon zaś jest środkiem odpowiednim nietylko ze względu na swe działanie przeciwgorączkowe i przeciwbólowe, lecz zwłaszcza ze względu na swe działanie spazmolityczne.

Spostrzeżenia moje nad działaniem Compralu, które zebrałem w ciągu rocznego stosowania tego preparatu na szeroką skalę, dowodzą w sposób niewątpliwy, że Compral przedstawia niezawodnie działający i zupełnie

przytem nieszkodliwy środek leczniczy. Ani razu nie spostrzegałem żadnych objawów toksycznego działania ubocznego. Uspokajające działanie Compralu przy podawaniu go przed mniejszemi zabiegami chirurgicznemi występowało bardzo szybko.

W przypadkach ogólnego niepokoju przed zabiegiem wystarczała dawka 0,5 g; w wielu przypadkach chorzy nie odczuwali ponadto po tej dawce bólów pooperacyjnych. Przeważnie jednak podawano również i po zabiegu 0,5 — 1 g Compralu, przyczem poszczególne dawki stosowano co 2 — 3 godziny. Compral okazywał swe szybkie działanie przeciwbólowe również i przy nerwobólach, bólach uszu, głowy i zębów oraz przy lżejszych postaciach migreny.

Dr. W. TIETZE, Oddział wewnętrzny Szpitala im. Pawła Gerhardta w Berlinie.

PRZYPADEK CIĘŻKIEGO ZAKAŻENIA JAMY USTNEJ.

(Referat według Med. W. 1930, Nr. 6).

Przypadek dotyczy pewnej 18-letniej seminarzystki, u której wystąpiły nagle bóle gardła i utrudnienie przełykania. Przypuszczając błonicę, wstrzyknięto jej 4000 jednostek przeciwbłoniczych. Poprawa jednak nie nastąpiła, wystąpiły natomiast objawy ciężkiej duszności i senności, do których dołączyło się jeszcze ropne zapalenie spojówek. W chwili przyjęcia do szpitala wargi były mocno obrzękłe, pokryte czarnemi strupkami. Jama gardzielowa oraz twarde i miękkie podniebienie były obłożone żółtobiaławemi nalotami. Migdałki były stosunkowo czyste, natomiast śluzówka policzków i języka była usiana białawemi pęcherzykami. W rozmazie z nalotów gardzielowych nie stwierdzono obecności ani laseczników Plaut-Vincenta ani błonicy, posiew natomast wykazał czystą hodowlę paciorkowców. Leukocytoza 9100. W ciągu najbliższych kilku dni groźny stan pozostawał bez zmiany. Krwawienie z nosa kilka razy dziennie. Nazajutrz po przyjęciu wstrzyknięto dożylnie 0,15 g Neosalvarsanu. Ciepłota wśród silnych potów opadła do 38°. Po przemijającej poprawie stan ogólny wieczorem znowu znacznie się pogorszył. Ropienie jednak zmniejszało się wyraźnie. Po dwóch dniach znaleziono pęcherzyki ropne również na prawym palcu wskazującym. Leukocytoza wynosiła 12,000, względnie 17,000. Gorączka znowu podniosła się znacznie. Z tego powodu w 6-ym dniu leczenia wstrzyknięto jeszcze raz tę samą dawkę Neosalvarsanu, poczem ciepłota wśród potów znowu opadła, a stan ogólny i miejscowy poprawiły się znacznie. Profesor *H. Hirschfeld*, badając krew, stwierdził obraz krwi odpowiadający posocznicy, lecz nie agranulocytozie. Po upływie dalszych 2 dni chora skarżyła się na kłucie w płucach, poczem zaczęła kasłać i od-

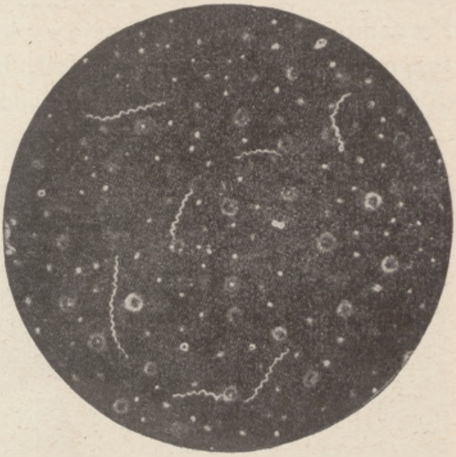
pluwać żółtawą ropną plwociną. Jama ustna, gardzielowa oraz oczy oczyściły się tymczasem zupełnie, kaszel zaś i plwocina utrzymywały się jednak nadal, aż do chwili, gdy trzecie wstrzyknięcie Neosalvarsanu doprowadziło do ustąpienia również i tych ostatnich objawów chorobowych. Początkowo myślano o zarazie pyska i racic, jednak instytut Roberta Kocha rozpoznania tego nie potwierdził. Również i dalsze badania nie wyjaśniły etjologji choroby. Czas trwania choroby wynosił ogółem 3 tygodnie.



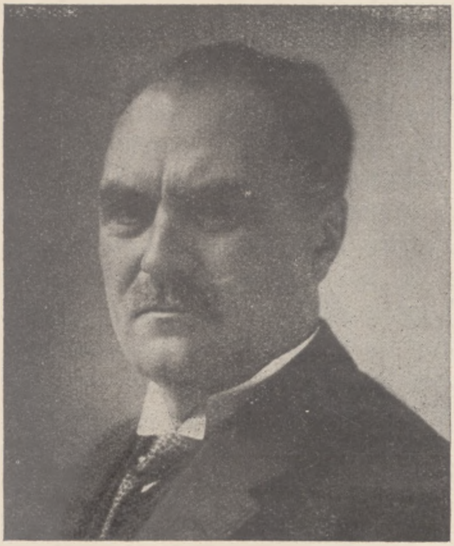
ODKRYCIE ZARAZKA KIŁOWEGO PRZED 25 LATY.

Po długoletniej pracy i wielu rozczarowaniach udało się dwóm znakomitym uczonym wykryć wreszcie zarazek chorobotwórczy kiły. Nazwiska tych uczonych brzmią: *Fritz Schaudinn* i *Erich Hoffman*. Niedostatecznie uzasadniony, jak się zwykle później okazywało, optymizm ich poprzedników nauczył obu uczonych ostrożności. 3 marca 1905 roku udało im się w Berlińskim Państwowym Urzędzie Zdrowia wykryć w soku tkankowym owrzodzenia kiłowego „okrągławy lub gruszkowaty" twór (Spirochaete pallida). Dalsze badania narządów, dotkniętych zmianami kiłowemi, potwierdziły słuszność odkrycia, gdyż od tej pory już stale udawało się wykazać obecność swoistego zarazka. 17 maja 1905 roku *Schaudinn* i *Hoffmann* wygłosili w Berlińskiem Towarzystwie Lekarskiem swój odczyt, wypowiedziany w sposób bardzo wstrzemięźliwy. Już po 8 dniach kilku klinicystów mogło w dyskusji potwierdzić znaczenie wielkiego odkrycia krętków kiłowych. Lecz mimo to pod koniec dyskusji ówczesny przewodniczący Towarzystwa *E. Bergmann*, którego usposobiły pesymistycznie liczne odkrycia i ich późniejsze odwołania, powiedział: „Na tem kończymy dyskusję, aż do czasu, gdy inny zarazek kiły znowu nie zwróci naszej uwagi". Było to złe podziękowanie za odkrycie, które miało dla ludz-

kości takie same znaczenie, jak wyjaśnienie przez *Semmelweisa* przed wielu dziesiątkami lat istoty zakażenia połogowego. Zresztą i *Semmelweisowi* nie odwdzięczono się lepiej. Stanowisko *Bergmanna* staje się zrozumiałem, jeżeli się uwzględni, że w ciągu 30 lat miał on sposobność do zapoznania się z odkryciami 25 zarazków kiłowych. Obaj uczeni okazali się jednak szczęśliwsi niż *Semmelweis;* dowody ich były zbyt przekonywujące, przeniesienie zaś kiły na małpy i króliki usunęło już wszelkie wątpliwości, tak że wreszcie nawet najbardziej zawzięty sceptyk musiał umilknąć. *Schaudinn* zmarł, niestety, 22.VI.1906, nie mając nawet 37 lat. Nie sądzonem mu było opracować dalej odkrycia dokonanego wspólnie z *Hoffmannem,* który w swych późniejszych badaniach przyczynił się do wyjaśnienia jeszcze wielu innych pytań. Pracom *Hoffmanna* zawdzięcza w znacznym stopniu dermatologja niemiecka swe wybitne stanowisko w świecie lekarskim. Prace te umożliwiły przeniesienie kiły na zwierzęta i utorowały w ten sposób drogę do chemoterapeutycznych badań doświadczalnych. Zaledwie w kilka lat po odkryciu zarazka mógł *Ehrlich* w r. 1910 na posiedzeniu w Królewcu oddać w ręce świata lekarskiego skuteczną broń przeciwko kile — Salvarsan. *Hoffmann* był jednym z pierwszych, którzy wypróbowali Salvarsan; położył on duże zasługi przy dokładnem przeprowadzaniu badań praktycznych.



Spirochaete pallida
(Schaudinn-Hoffmann, 25 marca 1905 r).
(preparat w ciemnem polu, powiększenie 1000-krotne).



E. HOFFMANN

W sali posiedzeń Państwowego Urzędu Zdrowia w Berlinie wmurowano na pamiątkę odkrycia zarazka kiłowego tablicę z płaskorzeźbą *Schaudinna. Hoffmann* jest w tem zazdrości godnem położeniu, że dla uczczenia rocznicy odkrycia, do którego również się przyczynił, sam mógł napisać księgę

Framboezja przed leczeniem. To samo dziecko po leczeniu Salvarsanem

Framboezja przedstawia chorobę podzwrotnikową zbliżoną do kiły, wywołaną również przez odmianę krętka i poddającą się szybko pomyślnemu działaniu leczniczemu Salvarsanu.

pamiątkową. Księgą tą jest „Podręcznik chorób skórnych i wenerycznych", w którym przedstawia w sposób klasyczny i łatwo dostępny dla każdego lekarza, a nie tylko dla specjalisty, różne choroby z tej dziedziny i ich leczenie. Książkę cechuje wybitna indywidualność autora; wszędzie przy wskazówkach leczniczych wyczuwa się, że wszystko to jest wynikiem długoletniego własnego doświadczenia i badania.

Zagraniczny świat lekarski naukowy uczcił *Hoffmanna* licznemi zaproszeniami i przyznaniem mu tytułu członka honorowego towarzystw lekarskich i dermatologicznych.

Dr. RUSCHKE, Sanatorjum Ulbrichshöhe w Eulengebirge.

SPOSTRZEŻENIA NAD DZIAŁANIEM SIONONU.

(Referat według Fortschritte der Therapie 1930, Nr. 3.).

Sionon wyróżnia się swym wybitnie słodkim smakiem. Jako środek odżywczy i dostarczający ustrojowi energji kalorycznej, nadaje się Sionon zwłaszcza dla chorych na cukrzycę, gdyż jest jednym z nielicznych związków, z których ustrój chorego na cukrzycę może wytworzyć glikogen. Wszystkie dotychczasowe prace o Siononie dowodzą, że diabetyk istotnie go przyswaja. *Ruschke* stosuje Sionon już od 2 lat i na podstawie swego doświadczenia przyłącza się również do panującej w piśmiennictwie opinji. Według zdania *Ruschkego* wielką wartość ma słodki smak Siononu.

Autor radzi, jak to zresztą uczynili już jego poprzednicy, podawać dawkę dobową Siononu w kilku porcjach. Jeżeli 60 — 80 g Siononu podzielić mniej więcej na trzy części, wówczas nie powoduje on nigdy zaburzeń jelitowych. Dla stosowania Siononu nadają się zwłaszcza lekkie i średnio - ciężkie przypadki cukrzycy, które znoszą 100 — 120 g węglowodanów bez wydalania cukru. Wobec tego, że chory stosunkowo jeszcze najłatwiej może zrezygnować ze słodzenia płynów, dodaje się Sionon głównie do słodzenia potraw stałych, zwłaszcza do kompotów, galaretek, śmietany i t. p. Dla osiągnięcia określonego stopnia słodyczy należy dać Sionon w ilości czterokrotnej potrzebnego w tym celu cukru. *Ruschke* dawał chorym cukrzycowym kompot 2 razy dziennie przy spożywaniu głównych posiłków (żórawiny, rabarbar i t. d.). Dla osłodzenia zaś tych kompotów dodawał do nich 20 — 25 g Siononu, mieszając gotowy kompot z odpowiednią ilością preparatu. Smak był lepszy, gdy dodawano Sionon bezpośrednio do kompotu i dlatego *Ruschke* odradza dolewania Siononu w roztworze. Najlepiej poradzić pacjentom, aby dodawali do miseczki kompotu 4 — 5 pełnych łyżeczek od herbaty (20 — 25 g) Siononu. Spożywając kompot 2 razy dziennie, chory przyjmuje w ten sposób 40 — 50 g Siononu, pozostałą część około 20 — 30 g podaje się wieczorem w jakiejkolwiek słodkiej potrawie. *Ruschke* jest zdania, że główną zaletę Siononu przedstawia zwłaszcza jego słodki smak, który w przyjemny sposób uwzględnia czynnik psychiczny, odgrywający u chorych cukrzycowych tak dużą rolę.

Dr. MARTINSON, kierownik Szpitala Powiatowego. Kuressaar w Estonji.

W SPRAWIE LECZENIA ENCEPHALITIS LETHARGICA.

Autor podaje opis przypadku śpiączkowego zapalenia mózgu pomyślnie leczonego Trypaflaviną.

15-letni uczeń szkoły rzemieślniczej, dziedzicznie nie obciążony; żadnych poważniejszych chorób nigdy nie przechodził (jako dziecko odra, w lutym 1929 lekka grypa). Zachorował przed 10-ma dniami wśród objawów ogólnego osłabienia, dreszczy, bólu głowy i bólu w kończynach. Ciepłota początkowo 38^0, później niższa. Brak kaszlu lub kataru.

Zaniepokojona matka sprowadziła chłopca do szpitala głównie z powodu prawie zupełnej bezsenności i znacznej zmiany usposobienia: wesoły i ruchliwy uprzednio chłopiec patrzy błędnie przed siebie, jest zupełnie obojętny i odpowiada bardzo niechętnie na zadawane mu pytania. Matka przypuszcza, że syn jej zachorował umysłowo.

Stan obecny: Chory budowy prawidłowej; stan odżywiania dobry. Narządy wewnętrzne są bez zmian, w moczu nic szczególnego. Obie powieki wykazują lekką ptozę. Chory rzadko mruga. Źrenice i odczyn na światło i zbieżność prawidłowe. Badanie dna oka: lekkie przekrwienie nerwu wzrokowego. Mała ruchliwość i sztywność kończyn. Chód niepewny, rysy twarzy wybitnie maskowate, fałd nosowo - wargowy niewidoczny. Chory mruczy coś, odpowiada powoli, z trudem, niechętnie. Orjentacja dobra. Odruchy kolanowe prawidłowe, odruch Babińskiego ujemny. Ciepłota 37,6°. Tętno 68, leukocytoza 10,000.

Rozpoznanie: lżejsza amyostatyczna postać Encephalitis lethargica.

27.I.29. 10 cm^3 2%-owego roztworu Trypaflaviny dożylnie, 3 razy dziennie 0,5 g heksametylenotetraminy doustnie.

28.I.29. Ciepłota rano 36,8, wieczorem 37,2. Tętno 72, poprawa podmiotowa. 3 razy dziennie 0,5 heksametylenotetraminy.

29.I.29. 10 cm^3 2%-owego roztworu Trypaflaviny dożylnie.

30.I.29. Rano 36,5°, wieczorem 36,9°. Tętno i samopoczucie dobre. Chory jakby zupełnie zmieniony, rozmowny; chód i ruchy pewne i szybkie. Wyraz twarzy żywy, fałd nosowo-wargowy wyraźnie zaznaczony, mruganie powiekami normalne. Chory podaje, że dokuczliwa „pustka w głowie" ustąpiła prawie zupełnie.

31.I.29. Stan dobry. Mocz bez zmian.

1.II.29. 10 cm^3 roztworu Trypaflaviny dożylnie.

2.II.29. Samopoczucie doskonałe, ciepłota prawidłowa, stan ogólny bez zmian chorobowych. Chory bardzo ożywiony, stale wyraża swe zadowolenie z powodu tak szybkiego wyleczenia. Lekkie żółte zabarwienie całego ciała.

3.II.29. Chory na życzenie matki zostaje wypisany, ma się ewent. nadal leczyć ambulatoryjnie.

8.II.29. Badanie ambulatoryjne: badanie żadnych zmian chorobowych nie wykazuje, samopoczucie b. dobre. Otrzymuje pozwolenie na uczęszczanie dalsze do szkoły.

Podobne przypadki leczyliśmy uprzednio w tutejszym szpitalu chininą, salicylanem sodu i heksametylenotetraminą doustnie i dożylnie w zwykłych dawkach, bez żadnego jednak widocznego wyniku. Surowicy ozdrowieńców nie mogliśmy stosować wobec nieposiadania jej.

Pomimo, że przebieg choroby był stosunkowo łagodny i chory zgłosił się do szpitala już 10-go dnia, to jednak poprawa po dożylnem zastosowaniu Trypaflaviny, zwłaszcza po drugiem wstrzyknięciu była bardzo jaskrawa.

Pomimo, że doświadczenie nasze dotyczy zaledwie jednego przypadku, to jednak zachęca on do dalszych prób.

Dr. E. MARTIN.

O DZIAŁANIU HAMUJĄCEM PROLANU.

(Referat według Deutsche Mediz. Wochenschrift. Nr. 14, 1930.).

Szczególnie duże zasługi przy zbadaniu Prolanu, hormonu przedniego płata przysadki, położyli *Aschheim* i *Zondek*. W odczycie swym wygłoszonym w Berlińskiem Towarzystwie Ginekologicznem w dniu 14.XII. 1928 (Z. Geburtsh. 95, str. 369) Zondek ujmuje zadania dalszych badań w postać następujących pytań: „Czy Prolan może również i u człowieka pobudzić nanowo działanie nieczynnych jajników? Czy może, podobnie jak u gryzoniów, doprowadzić do owulacji i podtrzymywać w ten sposób prawidłowy rytm miesiączkowania? Czy okazuje wpływ na brak perjodu?"

Liczni autorzy, którzy stosowali Prolan w przypadkach określonych przez Zondeka, nie doszli jednak dotychczas do wyników jednomyślnych.

Autor próbował przy pomocy Prolanu doprowadzić w dwóch przypadkach do prawidłowej czynności perjody, które stawały się coraz mniejsze i rzadsze. Większe dawki doprowadziły jednak do wyników wprost przeciwnych. Spostrzeżenie to nasunęło Martinowi myśl, aby, stosując szczególnie duże dawki Prolanu, osiągnąć działanie hamujące. Już Aschheim i Zondek w swych doświadczeniach na zwierzętach wspominają o wpływie większych dawek Prolanu na ciałko żółte.

Postępowanie swe autor uzasadnia w sposób następujący: hormon przedniego płata przysadki reguluje czynność zależnych od niego narządów. O ile dawki najmniejsze i małe działają pobudzająco, o tyle dawki większe okazują wpływ hamujący, a duże nawet niszczący. Wydaje się, że właściwej dawki dla działania „pobudzającego" dotychczas jeszcze ściśle określić nie udało się. Istnienie działania „hamującego" nie ulega dla Martina na podstawie dotychczasowych 12 spostrzeżeń żadnej wątpliwości.

Autor stosował Prolan w dużych dawkach u kobiet z zupełnie prawidłowym stanem narządów całego ciała, a zwłaszcza narządów płciowych, które choć miesiączkowały przeważnie regularnie, lecz których perjody były zbyt obfite. U wszystkich tych kobiet stosowano uprzednio bez żadnego wyniku liczne znajdujące się w sprzedaży preparaty hormonów jajnika i ciałka żółtego; również bez wyniku pozostawały i zabiegi skrobanki.

Autor otrzymał Prolan od wytwarzającej go firmy I. G. Farbenindustrie i wstrzykiwał go do mięśni pośladkowych dwa razy tygodniowo, przyczem dawkę stopniowo i ostrożnie stale zwiększał. Nawet przy dużych dawkach (500 jednostek w 1 cm^3) ani razu nie spostrzegano żadnych

objawów odczynu miejscowego. Początkowo autor rozpoczynał od roztworów zawierających 60 jednostek w 1 cm^3, a następnie przechodził do roztworów po 100, 200 i 500 jednostek, w zależności od pożądanej dawki ogólnej. Korzystając z różnych istniejących roztworów, można w okresie przed oczekiwanym perjodem zastosować z łatwością każdą potrzebną dawkę.

Przy wstrzykiwaniu ogółem mniej niż 1000 jednostek nie udawało się osiągnąć pożądanego wyniku. Wyraźne działanie, przyznawane nawet przez kobiety, które wskutek poprzedniego bezskutecznego leczenia odnosiły się do wszelkich zabiegów z niewiarą, występowało prawie zawsze dopiero przy zbliżaniu się do 2000 jednostek.

W trzech przypadkach doszło w porównaniu ze spóźniającemi się poprzednio perjodami do swoistych objawów, które można najlepiej określić jako lekkie objawy wypadnięcia czynności jajników. Po odstawieniu Prolanu objawy te szybko ustąpiły. Można więc przedewszystkiem powiedzieć z całą pewnością, że ani roztwory o wysokiem stężeniu, ani też zwiększone dawki żadnego szkodliwego wpływu nie okazują.

Dla zobrazowania działania Prolanu autor przytacza poniższe 3 spostrzeżenia tymczasowe:

1. Pani Z., 45 lat, nie rodziła. Od kilku lat coraz silniejsze krwawienia podczas perjodów. Mniej więcej od ½ roku, właściwie zaledwo 14-dniowe przerwy. Wypróbowano bez skutku wszystkie możliwe środki. 1200 jednostek Prolanu. Początkowo perjod ustał na 5 tygodni. Następnie jednocześnie z ukazaniem się niewielkiej dwudniowej menstruacji wystąpiły objawy ogólne, które można określić jako objawy wypadnięcia czynności jajników i które cofnęły się bardzo szybko. Od tego czasu miesiączkowanie wystąpiło już 4 razy bez znaczniejszej utraty krwi.

2. Pani G., 37 lat, rodziła 2 razy. Stan ogólny i narządy płciowe bez żadnych zmian chorobowych. Od wielu już lat perjody przebiegają niemiarowo: raz 3 — 4 dni z umiarkowanem kwawieniem, następnym razem początkowo również 3 — 4 dni, poczem po dwudniowej przerwie znowu 3 — 4 dni, lecz tym razem bardzo obfite. Odpowiednio do doznawanych wrażeń wydaje się, że miesiączkowanie zależne od czynności prawego jajnika jest prawidłowe, zależne zaś od lewego, patologiczne.

Bezpośrednio po prawidłowym perjodzie autor wstrzyknął w 4 dawkach 840 jednostek. Po raz pierwszy od wielu lat krwawienie trwało jednym ciągiem tylko 4 dni. Do czasu następnego prawidłowo przebiegającego miesiączkowania, Prolanu nie stosowano, poczem wstrzyknięto znowu 1200 jednostek. Następny, poprzednio zawsze patologiczny perjod był niewielki i trwał tylko 3 dni; po ustaniu jedynie na drugi i trzeci dzień minimalne zaledwie krwawienie z odpowiednio nieznacznemi dolegliwościami menstruacyjnemi. Autor sądzi, że przy pomocy dalszego stosowania małych dawek Prolanu, uda mu się w następnym okresie międzymiesiączkowym usunąć również i te krwawienia następcze.

3. Pani M., 28 lat, nie rodziła. Pierwszy perjod w 18-ym roku życia. Od samego początku miesiączkowanie występuje co 28 dni, w ciągu pierwszych 4 dni bardzo obfite, poczem 2 — 3 dni przerwy i znowu przez 9 dni niewielkie krwawienie. Leczenie preparatami jajnikowemi i skrobanka pozostają bez skutku. Po 480 jednostkach Prolanu perjod, coprawda, obfity, lecz bez krwawienia następczego. Po dalszych 480 jednostkach perjod trwa zaledwie 2 dni, umiarkowanie obfity, 1 dzień przerwy i następnie

znowu 4-dniowe krwawienie. Wyraźne objawy wypadnięcia czynności jajników. Po dalszych 800 jednostkach perjod trwa tylko 3 dni bez krwawienia następczego. Prolan odstawiono. Najbliższy perjod zupełnie prawidłowy.

Przebieg leczenia pozostałych spostrzeganych przypadków był zupełnie podobny, za wyjątkiem jedynie przypadku 13-ego, w którym działanie Prolanu zawiodło.

Kobietę tę leczono, coprawda, gdzieindziej, według wskazówek Martina. 2000 jednostek nie okazały na tę zawsze silnie krwawiącą kobietę żadnego wpływu. Pytanie, czy dawka była jeszcze zbyt mała, czy też rozchodzi się tu o niepowodzenie lecznicze, pozostaje nierozstrzygnięte.

Prolan nie można uważać za niezawodny środek leczniczy i dlatego nie ulega wątpliwości, że również i przy tym sposobie leczenia będą się zdarzać przypadki oporne.

Ze spostrzeżeń Martina wynika, że Prolan zastosowany w dawce dostatecznie dużej, okazuje wpływ hamujący. Chwilowo na podstawie osiągniętych dotychczas wyników można mówić jedynie o działaniu wstrzykiwań. O skuteczności stosowania Prolanu doustnie mogą rozstrzygnąć dopiero dalsze spostrzeżenia.

Dalsze badania powinny dążyć w tym kierunku, aby w przypadkach nadmiaru hormonu jajnikowego w ustroju, starać się doprowadzić zapomocą dużych dawek Prolanu do kastracji w znaczeniu ustania perjodów. Dla Martina nie ulega żadnej wątpliwości, że w przypadkach np. mięśniaków macicy, krwawień zapalnych i t. d. zastąpimy operację i naświetlania Rentgenowskie wstrzykiwaniami Prolanu. Należy tylko mieć odwagę zastosować odpowiednio duże dawki, które według dotychczasowych spostrzeżeń są zupełnie nieszkodliwe *).

---

*) Wwóz Prolanu do Polski jest niedozwolony i z tego powodu próbkami dla PP. Lekarzy służyć nie możemy.

DO ZEWNĘTRZNEJ TERAPJI JODOWEJ

JOTHION

JOTHION zawiera 80% organicznie związanego jodu. Zwiększona wchłanialność, brak zabarwienia oraz długi czas pozostawania w ustroju wyjaśniają przewagę Jothionu nad przestarzałą nalewką jodową. Działający na warstwy głębokie środek resorbcyjny oraz odkażający do stosowania w praktyce chirurgicznej.

Stosuje się jako Jothion w oliwie (10%)
W sprzedaży Jothion pur.:
Flakony po 10 i 25 g.

PROTARGOL

W przeważającej większości przypadków RZEŻĄCZKI zarówno w jej ostrej jak i przewlekłej postaci, jedynym niezawodnym środkiem okazuje się

P R O T A R G O L

Nadaje się doskonale zarówno do leczenia rzeżączki macicy i jej zapaleń, zapaleń pochwy oraz sromu i pochwy, jak i do stosowania zapobiegawczego przeciw zakażeniom rzeżączkowym oraz do przepłukiwania pęcherza przy jego zapaleniu.

NIEZBĘDNY W PRAKTYCE CODZIENNEJ!

ZALETY: prostota stosowania, brak objawów podrażnienia i bólu.
OPAKOWANIE ORYGINALE: Flakony po 10, 25, 50 i 100 g.

» Bayer-Meister Lucius «
NAUKOWY WYDZIAŁ FARMACEUTYCZNY
I. G. FARBENINDUSTRIE AKTIENGESELLSCHAFT ⁑ LEVERKUSEN n. R.
Wyłączna Reprezentacja na Rzeczpospolitą Polską:
Dom Agent. „REMEDIA", Warszawa, Hipoteczna Nr. 5. — skrzynka pocztowa 748,
wysyła literaturę i próbki na żądanie WPP. Lekarzy bezpłatnie.

NOTATKI TERAPEUTYCZNE

W sprawie leczenia ropni pod pachą

Pragnąłbym tu w krótkości donieść o pomyślnych wynikach swoistego leczenia przypadku zapalenia gruczołów chłonnych pod prawą pachą i zapalenia naciekowego podskórnej tkanki łącznej zapomocą Stapharu, gdyż przypuszczam, że notatka ta może zainteresować ogół kolegów.

Sprawa dotyczy 24-letniego silnego mężczyzny, który zachorował z powodu nieznacznego małego ropnia na prawem ramieniu poniżej obojczyka. Początkowo leczył się sam, stosując plaster. Wskutek niewłaściwego sposobu leczenia choremu zaczęły dokuczać bóle i wówczas zwrócił się do mnie po poradę. W głębi jamy pachowej wyczuwa się zapalny, stwardniały, wrażliwy na ucisk gruczoł (lecz nie zapalenie gruczołów potowych często zdarzające się pod pachą); ramię jeszcze poruszalne. Leżenie w łóżku, wilgotny okład maleńkiego ropnia i pachy z octanu glinu. Poprawa jednak nie następuje. Wrażliwość na ucisk i bóle staje się coraz silniejsza. Ruchy w stawie ramieniowym bardzo ograniczone i bolesne. Cała jama pachowa po upływie około 3 dni wypełniona jednem twardem, mocno w głębi siedzącem obrzmieniem, idącem, prawdopodobnie, wzdłuż pasma naczyń i nerwów i sięgającem prawie do połowy ramienia. Rozpoznaję twarde naciekowe zapalenie podskórnej tkanki łącznej. Chory nie zgadza się w żaden sposób ani na nacięcie, ani na przeniknięcie na tępo z miejsca ogniska pierwotnego. Zachęcony doniesieniem dr. *K. Sterna* z Fürth o wyleczeniu „Acna gravis indurata", zdecydowałem się wówczas zwrócić się do leczenia dużemi dawkami Stapharu. Początkowo wstrzyknąłem 1 cm^3, nazajutrz 2 cm^3, od trzeciego zaś dnia codziennie po 3 cm^3. Wynik okazał się znakomity.

Stwardnienie i bóle zmniejszały się z dnia na dzień, ruchy zaś ramienia stawały się coraz łatwiejsze. Pod koniec wyczuwałem już tylko stwardnienie na przebiegu naczyń w głębi pachy. Ogółem wstrzyknąłem 30 cm^3.

Leczenie chirurgiczne byłoby o wiele kłopotliwsze i trwałoby z pewnością znacznie dłużej. W danym przypadku wyleczenie flegmony trwało zaledwie 10 dni.

Dr. A. Heiler,
Reit w Winkl.

O uśpieniu avertinowem.

Spostrzeżenia autorów dotyczą 650 przypadków stosowania Avertiny jako znieczulenia podstawowego (ewent. z dodatkiem środka narkotycznego). W przypadkach nagłych *Fecht i Csiky* rezygnowali ze stosowania lawatywy czyszczącej. W przypadkach jednak, w których operowano bez pośpiechu, autorzy przygotowywali swych chorych w sposób następujący: na 3 dni przed zabiegiem chory otrzymuje 3 razy dziennie po 15 kropel Digalenu, poza tem środek czyszczący i wysokie lawatywy. Wieczorem w przeddzień operacji autorzy podają 0,5 g Veronalu; chorzy szczególnie bojaźliwi i niespokojni otrzymują 1 cm^3 Eukodalu. W dniu zabiegu wstrzykuje się na godzinę przed rozpoczęciem operacji 1 cm^3 Pantoponu. Przygotowanie jest więc takie same, jak przy innych rodzajach uśpienia. Dawka Avertiny wynosi 0,1 g na kilo. Jeżeli po 10 — 15 minutach chory nie zasypia, wówczas stosuje się dawkę 0,025 g na kg.

Jeżeli jednak po dalszych 15 minutach chory jeszcze nie zasypia, to przechodzi się do uśpiena eterowego. U chorych bardzo skrwawionych i niedokrwistych, jak np. po przerwaniu ciąży pozamacicznej, uśpienia avertinowego stosować nie należy. Również i u starców oraz u chorych wyczerpanych wskazana jest duża ostrożność. Przy chorobach odbytnicy stosowanie uśpienia avertinowego jest, oczywiście, przeciwwskazane. W przypadkach natomiast nawet ciężkich zapaleń pęcherzyka żółciowego ze znaczną żółtaczką stosowano uśpienie Avertiną z doskonałemi wynikami. W przeciwieństwie do innych autorów *Fecht i Csiky* uważają, że właśnie u dzieci od 3 lat Avertina okazuje się szczególnie cenną. Avertina nadaje się do stosowania również w przypadkach zwężenia przełyku lub odźwiernika. W przypadkach wzmożonego ciśnienia mózgowego i guzów mózgowych uśpienia avertinowego stosować nie wolno.

Dr. K. E. Fecht i dr. Csiky Béla,
Szpital Fryderyka, Villingen w Badenji.
(Wien. klin. Wschr. 1930, Nr. 3).

O rozpoznawczej prowokacji raka.

Wiele sposobów rozpoznawania raka polega na wykazywaniu zmienionego odczynu surowicy chorych rakowatych. Odczyny te (cytoliza, napięcie powierzchniowe, redukcja białka, powinowactwo do czerwieni obojętnej) przeważnie występują wyraźnie dopiero wtedy, gdy widoki na powodzenie lecznicze są już minimalne. *Beck* próbował znaleźć lepszy sposób rozpoznawania raka, usiłując zadziałać na nowotwór błękitem izaminy, introcidem i reaktiną. Związki te okazują pewien wpływ niszczący na raka, produkty rozpadu nowotworu dostają się do surowicy i badanie surowicy metodą interferometryczną w 3 dni po wstrzyknięciu daje wyniki przemawiające za obecnością raka. Związkiem najodpowiedniejszym dla prowokacji jest reaktina (kwas pyrogalusowy + jod + złoto + cukier gronowy). Metoda ta daje dobre wyniki zwłaszcza w przypadkach wczesnych. Pożądanem byłoby, aby metodę interferometryczną zastąpić innym odczynem, gdyż według *Lendela* (M. m. W. 1930, Nr. 12) metoda ta daje wyniki niepewne.

Dr. Beck,
Klinika chirurgiczna w Berlinie.
(Münch. med. Woch. 1930, Nr. 12).

Rak i oparzenie.

Pewien 66-letni pracownik odlewni metalurgicznej uległ silnemu oparzeniu lewego policzka. Po 9 dniach w okolicy rany po oparzeniu wytworzyła się róża, którą udało się wyleczyć. Po 30 dniach po oparzeniu powstał wrzodziejący guz wielkości grochu, który okazał się typowym kankroidem z dużemi zmianami zapalnemi. Nowotwór leczono promieniami Rentgena. Po 2 miesiącach osiągnięto kliniczne wyleczenie.

Dr. Hans Stauffer,
Uniwersytecka klinika dermatologiczna w Zurychu.
(Z. f. Krebsforsch. 1930, tom 28).

Vigantol, a złamanie szczęki.

Wpływ Vigantolu na wzrost kości przejawia się również w przyśpieszeniu wytwarzania kostniny w przypadkach złamań. W doświadczeniach na zwierzętach badano dotychczas wpływ Vigantolu na kostninę dwa razy. Podczas gdy *Hellner* (Dtsch. Ztschr. f. Chir. tom 209) nie mógł wykazać żadnego wpływu na gojenie się złamań kości u szczurów i świnek morskich, *Bors* (Zbl. f. Chir. 1927, Nr. 51) stwierdził na szczurach pomyślny wpływ Vigantolu na leczenie złamań.

Schroeter miał sposobność zbadania wpływu Vigantolu na zrastanie się kości w pewnym przypadku złamania szczęki dolnej.

25-letni marynarz uległ 11 marca 1927 podczas boksowania złamaniu prawej szczęki dolnej. W angielskiem mieście portowem założono na złamane miejsce szynę cynową. *Schroeter* zaopiekował się chorym dopiero po 2 miesiącach od chwili wypadku. Na zębach szczęki dolnej znajdowała się mocno utrwalona odlewana szyna cynowa, dobrze dostosowana do szczęki górnej. Wskutek złamania 2 zęby zostały tak rozluźnione, że dentysta angielski usunął je przed założeniem szyny. Na

prawym poziomym brzegu stwierdzono bolesne zgrubienie kości i pewną ruchomość. Na zdjęciu rentgenowskiem widać szparę kostną szerokości 1 — 3 mm biegnącą od pustego zębodołu 4-go zęba ukośnie do tyłu i ku dołowi; poza tem na dolnym brzegu szczęki stwierdza się dwa odszczepione kawałki. Pomimo odpowiedniego zastosowania szyny złamanie szczęki nie zostało w ciągu 2 miesięcy wyleczone. Mocno utrwalonej szyny autor nie ruszał, natomiast dla pobudzenia wytwarzania kostniny podawano choremu codziennie Vigantol. Po 8 dniach ruchomość w miejscu złamania zmniejszyła się, a jeszcze po 8 dniach zmniejszyło się również zgrubienie i ustąpiła wrażliwość na ucisk. Po 25 dniach zdjęcie rentgenowskie wykazało pasmo kostne szerokości 11 — 16 mm, pokrywające szparę kostną i wyraźne spojenie luźnych uprzednio odszczepów. Szynę można już było usunąć, gdyż złamanie zostało wyleczone.

Powyższa historja choroby wykazuje w sposób przekonywujący, że złamanie szczęki, które pomimo należytego zastosowania szyny nie zostało jednak wyleczone, udało się dzięki Vigantolowi zespolić w ciągu 25 dni. We wszystkich przeto przypadkach, w których po złamaniu kości nie stwierdza się szybkiego gojenia, wskazanem jest zastosowanie Vigantolu.

Dr. N. Schroeter,
Klinika dentystyczna Kasy Chorych w Elberfeldzie
(Dtsch. Zahnärztl Wo. 1929, Nr. 24).

Przypadek promienicy narządów płciowych, wyleczony promieniami Rentgena.

Naświetlanie promieniami Rentgena promienicy narządów płciowych nie daje wyników pomyślnych. Przypadek poniższy jest pierwszym w piśmiennictwie dowodem możności wyleczenia Rentgenem promienicy narządów płciowych. *Martius* leczył pewną kobietę dotkniętą promienicą lewego jajnika. Ognisko promienicze wielkości jaja kaczego usunięto 28.X.1926, bez żadnego jednak wyniku leczniczego, gdyż twarde jak deska nacieczenie było dn. 17.XI. większe niż przed zabiegiem. Pierwsze naświetlanie (30% jednostki skórnej) zastosowano 19.XI.26, następnie 26.XI; 1. 2. i 6.XI. zastosowano jeszcze po 10% jedn. skórn. Drugą serję naświetlań dokonano w styczniu 1927 po 10% jedn. skórn. na każdem posiedzeniu, a mianowicie 12. 14. 17. i 19. stycznia 1927. Trzecia wreszcie serja naświetlań odbyła się 19. i 23. lipca 1927, również po 10% jedn. skórn. Poza tem chora otrzymała w listopadzie 1926 r. 6 wstrzykiwań dożylnych po 5 cm^3 Yatrenu 105 i na początku 1927 roku 5 domięśniowych wstrzykiwań zawierającego rad fenylochinolinianu sodu. Co pewien czas chora przyjmowała w domu jodek potasu. Przy badaniu kontrolnem 1.XI.1929 stwierdzono zupełne wyleczenie, które zależało według autora przedewszystkiem od frakcjonowanego naświetlania małemi dawkami promieni rentgenowskich.

Prof. dr. Henryk Martius,
Tow. Lek. w Getyndze. Posiedz. 21. XI. 1929.
(Med. Klin. 1930, Nr. 7).

O znaczeniu dużych dawek witamin dla leczenia gruźlicy.

Przy badaniu wpływu witamin B i D na gruźlicę królików, dla upodobnienia gruźlicy zwierząt do zakażenia ludzkiego, szczepiono początkowo zwierzęta niejadowitemi prątkami gruźliczemi, następnie podawano im w ciągu 14 dni witaminę D lub tylko B, wreszcie zakażano je prątkami Kocha i po 14 dniach zabijano. Porównanie z doświadczeniami kontrolnemi wykazało, że żywienie witaminą D lub B nie okazywało żadnego wpływu na przebieg gruźlicy; u wszystkich zwierząt stwierdzono ciężką gruźlicę płuc. Wydaje się, że jedynie tran rybi okazywał czasem niewielki wpływ pomyślny. Jeżeli jednak podawano królikom niewielkie dawki Vigantolu, oraz dużo witaminy B, wówczas rozpowszechnienie gruźlicy w ustroju zwierząt okazywało się bardzo małe. W płucach stwierdzano wszędzie skłonność do gojenia się.

Dr. W. Pfannenstiel i dr. Scharlau.
Zakład Higjeny Uniwersytetu w Münster w Westfalji
(Strahlentherapie 1929, Nr. 34.)

Palenie tytoniu i objawy żołądkowe.

U 300 chorych z czynnościowemi zaburzeniami żołądkowemi i u 100 z organicznemi chorobami żołądka zbadano, w jakim stopniu wydzielanie żołądkowe i podmiotowe dolegliwości żołądkowe zależą od palenia tytoniu. Wszyscy 400 pacjenci palili conajmniej od 5 lat. Okazuje się, że jedynie pacjenci z bardzo pobudliwym układem wegetatywnym reagowali przedmiotowo i podmiotowo na tytoń. Żadnej ściślejszej zależności jednak nie można było ustalić, gdyż wrażliwość była bardzo różna. W przypadkach raka żołądka nikotyna żadnego wpływu nie okazywała. Przy wrzodach żołądka stwierdzano zwiększenie wydzielania naczczo i w $^1/_3$ części przypadków również nadkwaśność. Jedynie u tych chorych zaprzestanie palenia sprawiało ulgę. U chorych bez zmian organicznych wydzielanie żołądkowe pomimo dużej jednostajności objawów zachowywało się w stosunku do palenia w sposób bardzo rozmaity. Często wydzielanie nie zmieniało się wcale, często stwierdzano zwiększenie wydzielania, a czasem również i zmniejszenie.

Badania powyższe wykazują, że przy chorobach żołądka stały zakaz palenia wskazany jest tylko wówczas, gdy chwilowe zaniechanie palenia prowadzi w krótkim czasie do poprawy podmiotowej.

Dr. Irving Gray,

Jewisch Hosp., Brooklyn. (Ann. int. Med. 1929, tom 3.)

O stosowaniu Avertiny przy tężcu przyrannym.

Wolf leczył Avertiną 2 chorych na tężec. Pierwszemu, 27-letniemu mężczyźnie trepanowano obie kości ciemieniowe i wstrzyknięto podoponowo antytoksynę tężcową; ponadto stosowano narkofinę, nakłucie lędźwiowe, wstrzykiwania surowicy i trzykrotne usypiania Avertiną (ogółem 26 g Avertiny). Mimo to chory jednak zmarł. Drugiemu choremu, 14-letniemu chłopcu, również wstrzyknięto dolędźwiowo antytoksynę tężcową. Poza tem w ciągu 7 dni usypiano go 7 razy, stosując ogółem 50 g Avertiny. Wreszcie nastąpiło wyleczenie. Trepanacji czaszki, która ma wielu przeciwników, nie dokonywano.

Dr. Albert Wolf,

Oddział chirurgiczny Szpitala Św. Józefa. Fryburg w Bawarji. (Zbl. f. Chir., 1929, Nr. 35.)

O anguilulozie.

W październiku r. 1925 leczyłem 8½-letniego, dotkniętego gruźlicą chłopca z powodu anguilulozy (wynik badania Instytutu Pasteura w Tientsinie). Przeprowadziłem trzykrotną kurację Ol. chenopodii i rycyną. W przerwach dokonywano lawatyw z Yatrenu, początkowo 100 cm³ ½%-owego roztworu Yatrenu, pod koniec 250 cm³ roztworu 1½%-owego. Lawatywę z Yatrenu chory wstrzymywał przez całą noc. Po pierwszej kuracji w stolcach znajdowała się jeszcze pewna ilość pasorzytów, pod koniec drugiej kuracji liczba ich zmniejszyła się znacznie, a po trzeciej Instytut Pasteura w Tientsinie doniósł: „Nie stwierdza się obecności pasorzytów ani ich jaj." Również i Hamburski Instytut Badania Chorób Podzwrotnikowych nie znalazł w r. 1927 anguilul. W r. 1928 wynik badania był nadal ujemny, czyli że można uznać trwałe wyleczenie. *Boss* jest zdania *Teitgego*, że anguiluloza prowadzi powoli do charłactwa i zupełnej niezdolności do pracy i że z tego względu omawianej choroby nie można uważać za niewinną. *Boss* nie podziela dotychczasowego pesymizmu leczniczego, od czasu gdy się przekonał o skuteczności leczenia zapomocą Ol. chenopodii i Yatrenu. Również i u chińczyków wyniki okazywały się pomyślne, lecz późniejszych badań kontrolnych nie można było u nich przeprowadzić tak dokładnie jak u opisanego chłopca. Pożądanem byłoby sprawdzenie tych wyników na większym materjale.

Dr. Ruth Boss,

(Kli. Wo., 1930, Nr. 3.)

O niewystarczalności próby Nylandra przy bardzo kwaśnym moczu.

Hoogslag stwierdził, że wykonywana zwykłym sposobem próba *Nylandra* na obecność cukru może pomimo obecności

cukru wypaść ujemnie, jeżeli mocz jest bardzo kwaśny. Zdarza się to zwłaszcza przy silnej kwasicy, czyli, że akurat w przypadkach bardzo ciężkiej cukrzycy może się zdarzyć, że nie wykażemy obecności cukru. Próba wypadnie dodatnio dopiero wówczas, jeżeli na pięć części bardzo kwaśnego moczu weźmiemy 2 części odczynnika. (Według próby oryginalnej bierze się 10 części moczu + 1 część odczynnika.).

Dr. W. Hoogslag.

Ned. Tijdschr. v. Geneesk., 1929, z. 38.)

O leczeniu duru brzusznego Trypaflaviną.

W pewnej rodzinie zachorowało na dur brzuszny czworo rodzeństwa, dwóch braci i dwie siostry. Obie siostry zmarły. Po wielu bezskutecznych próbach leczniczych wstrzyknięto dożylnie obydwu ciężko chorym braciom Trypaflavinę. Gorączka natychmiast opadła i stan ogólny poprawił się znacznie. Nazajutrz gorączka podniosła się znowu do 39^0, poczem na trzeci dzień wstrzyknięto powtórnie obu chorym dożylnie Trypaflavinę w 1%-owym roztworze: starszy 12-letni otrzymał 5 cm^3, młodszy 9-letni — 3,5 cm^3. U pierwszego gorączka opadła natychmiast. Młodszemu dokonano jeszcze trzeciego wstrzyknięcia (4 cm^3), poczem wszystkie objawy ustąpiły. W wyniku ostatecznym zupełne wyleczenie obu.

Dr. E. M. Rubio.

(Boletin del Instituto Provincial de Higiene de Alicante 1929, Nr. 15.)

Badania doświadczalne nad farmakologją Salyrganu.

Przy dożylnem wstrzykiwaniu człowiekowi Salyrganu, rtęć wydziela się nadzwyczaj szybko. W godzinę po wstrzyknięciu wydziela się już 40%, a w ciągu pierwszych 24 godzin 70%. Stężenie rtęci w moczu w pierwszych godzinach jest bardzo wysokie i dochodzi do 70 mg % Hg. 5 — 6% Salyrganu wydziela się jeszcze przez kilka dni po wstrzyknięciu w kale. U normalnego człowieka rtęć zwiększa diurezę bardzo nieznacznie. Jedynie przy obserwacji krótkich okresów można stwierdzić częstokroć nawet 30-krotne wzmożenie diurezy. Rozpoczyna się ono po około 3 kwadransach po wstrzyknięciu i osiąga w 1½ — 1¾ godziny po wstrzyknięciu swe największe natężenie. Wydalanie rtęci jest jednak największe w czasie, gdy diureza jest jeszcze bardzo mało zwiększona: w 3 kwadranse po wstrzyknięciu. U chorych obrzękniętych wydalanie rtęci trwa nieco dłużej, odbywa się jednak również bardzo szybko. Większa część Salyrganu wydziela się nierozszczepiona i w stanie mało zmienionym.

K. O. Möller.

Zakład Farmakologiczny w Kopenhadze. (Arch. f. exp. Path. und Pharm. 1930, tom 148.)

W sprawie stosowania Omnadiny.

W praktyce mej stosowałem dotychczas Omnadinę u 18 chorych. W sześciu przypadkach sprawa dotyczyła ciężkiej grypy, która u 2 chorych przebiegała nawet z objawami zamroczenia. U wszystkich 6 chorych gorączka była bardzo wysoka (przeciętnie 40,5^0); po wstrzyknięciu Omnadiny ciepłota opadała jednak w przeciągu 24 godzin prawie do normy. Jednocześnie poprawiało się wyraźnie samopoczucie chorych. Wiek chorych wynosił 15 — 36 lat. Następnie stosowałem Omnadinę u 8 chorych z ciężkiemi anginami (bez wyraźnych ogólnych objawów grypowych), z silnemi dolegliwościami przy łykaniu i wysoką gorączką oraz u 4 chorych z zapaleniem płuc i chorobami oskrzeli. U 8 wspomnianych chorych z anginą Omnadina doprowadziła do szybkiego ustąpienia objawów podmiotowych i działała w sposób podobny jak przy grypie. Przypadki natomiast zapalenia płuc okazały się znacznie odporniejsze na działanie Omnadiny; dla osiągnięcia zupełnego wyniku i wyraźnego ustąpienia objawów chorobowych należało codziennie dokonywać wstrzykiwań przeciętnie przez 2 — 3 dni. Również i u tych chorych odniosłem wrażenie, że Omnadina znacznie skracała czas trwania choroby.

Dr. med. G. Lex.

Hancwer

O leczeniu biegunek letnich Rivanolem.

W przypadkach nieżytu żołądkowo-jelitowego u dzieci, nie poddającego się częstokroć działaniu wszelkich leków, Rivanol według mego własnego doświadczenia działa nierzadko wprost jako środek swoisty.

Oto 2 przykłady z mej wiejskiej praktyki:

1. 10-miesięczne dziecko (sztucznie karmione), blade; słabe tętno, wymioty, zapadłe ciemiączka, 15 — 18 gwałtownych krwawo - śluzowo - ropnych wypróżnień; Prolapsus ani. Zastosowano lawatywki z roztworu Rivanolu 1 : 5000. Już nazajutrz po pierwszej lawatywce dziecko, które poprzednio stale płakało, stało się weselsze; liczba wypróżnień zmniejszyła się do 4-ech na dobę, stolce bardziej papkowate i spoiste.

2. Dwuletnie dziecko. Obraz chorobowy naogół jak powyżej, jedynie odbyt jeszcze bardziej rozwarty. Po dwóch lawatywach z roztworu Rivanolu 1 : 4000 i doustnem podawaniu 3 razy dziennie po 1 Rivanoletce ustąpienie wszystkich dolegliwości.

Jeszcze w wielu innych podobnych przypadkach, które leczyłem Rivanolem, osiągałem również i u starszych dzieci (6 — 10 lat) zawsze bardzo pomyślne wyniki.

Dr. Vl. Kmita,
Sadagura. (Bukowina.)

O śnie solaesthinowym.

Zacharin stosował 1000 razy Solaesthinę dla uśpienia. Wszyscy pacjenci, za wyjątkiem histeryków i neurasteników, zasypiali szybko i równie szybko się budzili. Zawsze stwierdzano całkowitą amnezję; u histeryków występowały często marzenia senne. Pobudzenia, zdarzającego się przy odurzeniu eterem lub chloretylem, nie spostrzegano ani razu. Wymiotów nie było. Ciśnienie krwi prawie nigdy nie opadało, tętno przyspieszało się nieznacznie. Nawet niemowlęta dobrze znoszą odurzenie Solaesthiną. *Zacharin* uważa Solaesthinę za odpowiednią do wzmacniania uśpienia podstawowego zapomocą Avertiny.

Dr. B. Zacharin.
Klinika prywatna w Kownie. (Medicina 1929-30.)

Spostrzeżenia nad działaniem Compralu.

W przypadkach ciężkiego zapalenia okostnej uśmierzenie bólu, zwłaszcza gdy usunięcie zęba jest przeciwwskazane, bywa bardzo trudne. W przypadkach takich 1 g Compralu uspokaja ból do tego stopnia, że umożliwia nawet spokojny sen. Działanie występuje najpóźniej po ½ godzinie. Compral nie wywiera żadnego ubocznego działania nasennego, tak że sen następuje z pewnością nie dzięki wpływowi składnika nasennego. Jest to środek przeciwbólowy uśmierzający cierpienia i umożliwiający w ten sposób sen. Z tego względu Compral nie nadaje się do stosowania jako środek nasenny. W 25 przypadkach podawano Compral po większych zabiegach. Podanie po operacji 1 g Compralu zapobiegało wystąpieniu dokuczliwych bólów następczych. Ani razu nie zaszła potrzeba powtórzenia dawki.

Dr. H. B. Lewinson,
Oels na Śląsku. (Zahnärztl. Rundschau, 1929, Nr. 7.)

Spostrzeżenia kliniczne nad działaniem Tutocainy.

Nawet przy większych zabiegach chirurgicznych potrzeba dla osiągnięcia zupełnego znieczulenia najwyżej 70 — 80 cm^3 0,2%-owego roztworu Tutocainy. Znieczulenie przebiegało zawsze bez żadnych objawów toksycznych. Czas trwania znieczulenia wynosił 1 — 1¼ godziny. Pooperacyjnych bólów następczych silniejszego stopnia ani późnych krwawień nie spostrzegano ani razu. Żadnego miejscowego działania drażniącego Tutocaina nie wywiera, dzięki czemu w przypadkach zabiegów aseptycznych gojenie zawsze następowało per primam.

Dr. G. Dal Pozzo.
Klinika Chirurgiczna Uniwersytetu w Turynie. (Policlinico Sez. pratica 1928, Nr. 24.)

O leczeniu owrzodzeń goleni.

Autor opisuje historję choroby pewnej kobiety, która cierpiała już od wielu lat na duże obustronne owrzodzenia goleni. Leczono ją wszelkiemi możliwemi sposobami, maściami, plastrem cynkowym, pod-

wiązaniem venae saphenae i operacją według *Kochera*, bez żadnego jednak wyniku. Z jednej strony wytworzyła się nawet jako powikłanie róża. Otóż chorą tę udało się w ciągu kilku tygodni zupełnie wyleczyć zapomocą okładów z Rivanolu (1 : 10000). Obecnie, po upływie dłuższego czasu, pacjentka jest nadal zdrowa.

Drugi przypadek dotyczy 65-letniej kobiety, u której w związku z zaniedbanem starem owrzodzeniem goleni wytworzyła się rozległa zgorzel powięzi i skóry ze znacznem wydzielaniem z rany mętnego płynu. Ciężki stan nasuwał już myśl o konieczności amputacji. Również jednak i w tym przypadku pod wpływem zastosowania okładów z Rivanolu rana przedewszystkiem się oczyściła, mętna wydzielina z rany oraz przykry przenikający zapach ustąpiły, poczem nastąpiło zupełne wyleczenie. Ze względu na znaczne ubytki skórne wynik leczniczy okazał się w tym przypadku wprost zdumiewający.

Dr. Delorme,
Bad Harzburg.

O działaniu witaminy E na czynność jajników, wydzielanie wewnętrzne i awitaminozę.

Szarka badał, czy witamina E może działać na podobieństwo hormonu jajnikowego i naodwrót, czy hormon jajnikowy może zastąpić w pożywieniu witaminę E. Jako witaminę E autor stosował eterowe wyciągi z zawiązków pszenicy, nie dające się zmydlić części wyciągu i nie zawierającą sistosteriny frakcję części niezmydlalnej. Na 29 przypadków infantylnych szczurów witamina E wywołała w 19 dodatni odczyn rui. W 7 przypadkach odczyn był niewyraźny, w 3 ujemny. Dowodzi to, że nadmiar witaminy E może wywołać ruję. Pytanie w jaki sposób działanie witaminy E dochodzi do skutku, czy służy ona za materjał do wytwarzania hormonu jajnikowego, czy też pobudza czynność jajników i przedniego płata przysadki, może rozstrzygnąć dopiero dalsze badanie.

Dr. A. Szarka,
Debrecen. (Arch. f. d. ges. Phys., 1929, tom 233.)

Poniżej podajemy do wiadomości WPP. Lekarzy, wykonywujących praktykę lekarską, okólnik Ministerstwa Skarbu w sprawie wydawania pozwoleń na przywóz środków leczniczych:

MINISTERSTWO SKARBU L. D. IV — 2156 — 2 — 30.

OKÓLNIK T. 1.

Wydawanie pozwoleń na przywóz środków leczniczych.

Do Dyrekcji Ceł
w Warszawie, Wilnie, Mysłowicach, Poznaniu i Lwowie.

Niniejszem Ministerstwo Skarbu upoważnia kierowników urzędów celnych I kl. do wydawania we własnym zakresie pozwoleń na odbiór z urzędów, po opłacie odpowiedniego cła, zarejestrowanych oraz niezarejestrowanych środków i specyfików farmaceutycznych, sprowadzanych w niewielkich ilościach przez zakłady naukowe oraz szpitale rządowe, komunalne i kasy chorych w celach badawczych.

Pozwolenia powyższe mogą być wydawane tylko po uprzedniem przedłożeniu urzędowi zaświadczeń, wystawionych przez rektorat, dziekanat, lub kierowników klinik, szpitali i t. p., stwierdzających, że sprowadzone środki służyć mają do celów wyżej przytoczonych.

Pozwolenia takie mogą być również wydawane osobom prywatnym na odbiór wszelkich środków leczniczych i specyfików farmaceutycznych, lecz tylko po przedłożeniu recepty lekarza lub lekarza weterynarji z poświadczeniem, iż sprowadzony specyfik przeznaczony jest wyłącznie do użytku chorego i że nie może on być zastąpiony lekarstwem wyrobu krajowego lub zagranicznego, dozwolonem do obrotu, a także gdy ilość sprowadzanego specyfiku nie przekracza 150 g łącznie z wagą bezpośredniego opakowania.

Rozporządzenie powyższe nie może być stosowane w wypadkach sprowadzania substancyj i przetworów odurzających, lekarstw, substancje takie zawierających,

oraz wszelkich specyfików farmaceutycznych, bez względu na skład, przeznaczonych do sprzedaży.

Przywóz wszelkich specyfików przez osoby nieupoważnione do handlu takiemi środkami, oprócz wypadków wyżej przytoczonych, jest zakazany i może odbywać się tylko na podstawie pozwoleń, wydawanych przez Ministerstwo Skarbu.

Zarazem zaznacza się, iż w wypadkach stwierdzenia przez Urząd, że ta sama osoba zbyt często sprowadza lekarstwa, co mogłoby wzbudzić podejrzenie, że sprowadza je nie dla własnego użytku, lub gdyby często powtarzały się recepty tego samego lekarza, coby wskazywało, iż bez koniecznej potrzeby zapisuje on niedozwolone do obrotu środki lecznicze, kierownik Urzędu pozwoleń udzielać nie powinien.

O powyższem poleca się bezzwłocznie powiadomić Kierowników Urzędów I kl.

(—) *B. Dębicki*
Kierownik Departamentu

KONGRESY I ZJAZDY:

6 — 7 września 1930 r. I. Polski Zjazd w sprawie badania i zwalczania reumatyzmu odbędzie się w Inowrocławiu.

7 — 9 września 1930 r. Zjazd Zrzeszenia Lekarzy Kolejowych w Katowicach. Zgłoszenia wysyłać pod adresem: Dr. Knapczyk, Mysłowice (Śląsk).

10 — 20 września 1930 r. IV Kongres międzynarodowej Ligi dla reformy życia płciowego, odbędzie się w Wiedniu. Informacyj udziela biuro kongresu: Büro des IV. Kongresses der Weltliga für Sexualreform, Wien I. 15, Postfach 63.

19 — 20 września 1930 r. Kongres międzynarodowej Ligi przeciwko reumatyzmowi w Liège.

14 — 20 września 1930 r. Kurs dokształcający dla lekarzy w Karlsbadzie. Do wygłoszenia wykładów zostali zaproszeni: prof. L. Korczyński z Krakowa i prof. Modrakowski z Warszawy. Bliższych informacyj udziela: Dr. Delahaye, Hôspital maritime. Berck-Plage (Pas de Calais).

6 — 8 października 1930 r. X Kongres przemiany materji w Budapeszcie.

MIANOWANIA:

Dr. Tomasz Janiszewski, docent Uniw. Jagiellońskiego, został mianowany profesorem zwyczajnym higjeny na Wydz. Lekarskim Uniw. Warszawskiego.

Dr. Wiktor Reis, docent okulistyki, został mianowany profesorem Uniw. J. K. we Lwowie.

Doc. dr. Janusz Supniewski, — profesorem nadzwyczajnym farmakologji na Wydziale Lekarskim Uniw. Poznańskiego.

Doc. dr. Leon Zbyszewski, — profesorem nadzwyczajnym fizjologji człowieka na Wydziale Lekarskim Uniw. Poznańskiego.

ZMARLI:

Dr. med. Aleksander Wileńczyk, st. asystent przy katedrze bakterjologji Uniw. Warszawskiego.

Dr. med. Edward Żebrowski, profesor zwyczajny diagnostyki i terapji ogólnej chorób wewnętrznych na Wydz. Lekarskim Uniw. Warszawskiego.

Dr. med. Stanisław Trzebiński, profesor historji i filozofji medycyny Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie.

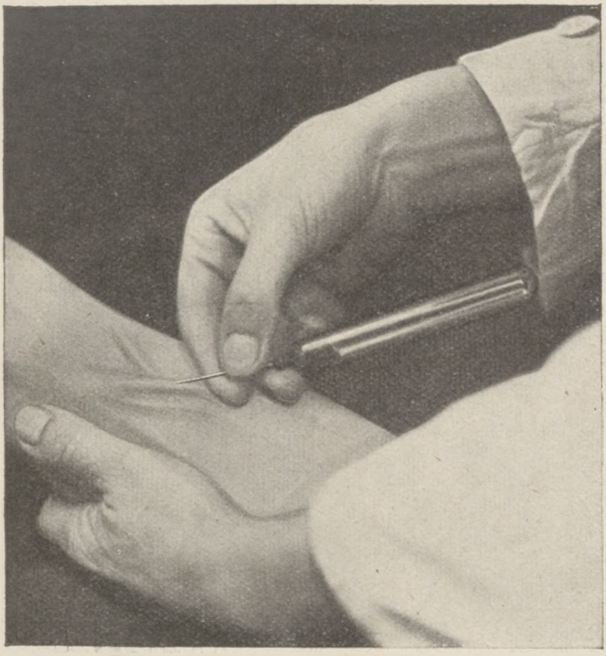
Dr. med. Adam Kaltman, długoletni ordynator Szpitala Św. Antoniego w Włocławku.

Dr. med. Kazimierz Noiszewski, prof. okulistyki Uniwersytetu Warszawskiego, redaktor „Kliniki Ocznej Warszawskiej".

Redaktor:
A. ENDE
mag. farm.

Wydawca:
Dom Agenturowy „REMEDIA",
Warszawski, Fulde i S-ka

Warszawa, ul. Hipoteczna Nr. 5. Skrzynka pocztowa Nr. 748.
Cena prenumeraty rocznie zł. 6, półrocznie zł. 3.
Odbito w drukarni Galewski i Dau, Warszawa, ul Ordynacka Nr 6



SZCZYT ASEPTYKI

osiąga się przez stosowanie Venuli według Feliksa Mayera do pobierania krwi i innych płynów z ustroju

Krew na swej drodze z żyły do naczynia, które służy jednocześnie do jej przechowania i przesyłki, nie styka się ani z powietrzem zewnętrznem, ani wogóle z czemkolwiek, coby mogło przeznaczony do badania materjał zanieczyścić.

Venula wciąga krew zupełnie samoistnie dzięki zawartej w niej próżni. Nieskomplikowany wentyl zamyka się sam po pobraniu i nie przepuszcza powietrza ani bakteryj.

»Bayer-Meister Lucius – Behringwerke«

NAUKOWY WYDZIAŁ SERO-BAKTERJOLOGICZNY

I. G. FARBENINDUSTRIE AKTIENGESELLSCHAFT

LEVERKUSEN n. R.

Wyłączna Reprezentacja na Rzeczpospolitą Polską:

DomAgent. „REMEDIA", Warszawa, Hipoteczna 5,—skrzynka poczt. 748.

TREŚĆ:

NOTATKI TERAPEUTYCZNE: